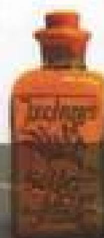
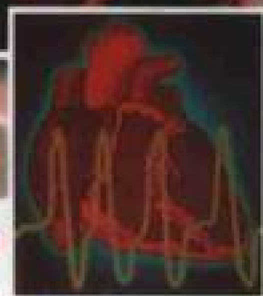
پزشک خودتان باشید

ترجمه و تالیف : پروفسور محمد حسین حاجبی

پندنامهٔ پزشک خانواده

چاپ سوم



- پاسخ های پزشکی مورد علاقه خود را دراین کتاب بیابید.
- با مطالعهٔ این کتاب مسئولیت سلامتی خود را به عهده بگیرید.
- پروفسور حاجبی پزشک خانواده به منظور کمک به شما و خانواده تان مبادرت به تالیف این کتاب نموده اند.

پروفسور محمد حسین حاجبی

پزشک خودتان باشید



حاجبی، محمدحسین
پزشک خودتان باشید / ترجمه و تألیف محمد حسین حاجبی ـ تهران: نشر ثالث، ۱۳۸۵
۸۱۰ ص.
شابک ۴-۷۷-۶۴۰۴-۹۶۴ ISBN 964-6404-77-4
ای‌ای‌ان ۹۷۸۹۶۴۶۴۰۴۷۷۹ EAN 9789646404779
۱. پزشکی به زبان ساده. الف. عنوان.
۲ح ۴۴پ / RC۸۱ ۶۱۰



دفتر مرکزی: خیابان کریمخان زند/ بین ایرانشهر و ماهشهر/ پ ۱۵۰/ طبقه چهارم/ تلفن: ۸۸۳۰۲۲۳۷
فروشگاه: خیابان کریمخان زند / بین ایرانشهر و ماهشهر / پ ۱۴۸ / تلفن: ۷-۸۸۳۲۵۳۷۶

■ پزشک خودتان باشید

● ترجمه و تألیف: پروفسور محمدحسین حاجبی ● ناشر: نشر ثالث
● مجموعهٔ بهداشت و روان‌تنی
● طراح جلد: بهزاد غریب‌پور
● ویرایش فنی و لیتوگرافی: کارگاه نشر ثالث
سحر جعفریه ـ منصوره موسوی دیزکوهی و انسیه محسنی
● چاپ سوم: ۱۳۸۸ / ۱۶۵۰ نسخه
● چاپ: رهنما ● صحافی: جهان

● شابک ۴-۷۷-۶۴۰۴-۹۶۴ ISBN 964-6404-77-4
● ای‌ای‌ان ۹۷۸۹۶۴۶۴۰۴۷۷۹ EAN 9789646404779
● سایت اینترنتی: WWW.Salesspub.ir پست الکترونیکی: Info@Salesspub.ir
● قیمت: ۱۲۰۰۰ تومان

بسم‌الله الرحمن‌الرحیم

حضرت علی مولای بزرگوارمان (ع) در نهج‌البلاغه می‌فرمایند:
«آگاه باشید، برخی از بندگان خداوند دانشهای او را به سینه می‌سپارند، درست آنها را نگه می‌دارند و آن چشمه‌های لبریز را به جا و در دسترس تشنه‌گان حقیقت می‌گذارند، خداوند متعال آنها را در پایگاهی باشکوه و ارجمند قرار داده است.»

مطالعه، تحقیق و دسترسی به دانش و مباحث پزشکی و بهداشتی به انسان کمک و یاری می‌نماید تا به وسعت ارزش سلامت و تندرستی پی برده و به نیازمندیها و نارسائیهای بهداشتی خود و نیز به اهمیت سلامت خود و خانواده و جامعه با دیده بیناتری بنگرد و به فکر چاره و درمان دردها و بیماریها برآید. و براین پایه استوار است توجه روزافزون مردم به مسایل بهداشتی و علاقه‌ای که همگان به دانستن مطالب آموزنده و پر ارزش داشته و دارند و نیز استقبال روز افزون جوانان برای راه یافتن به دانشکده‌های پزشکی و آموزش علوم مختلف آن خود گویای این حقیقت است که در هر حال آنچه پر ارزش و جالب بوده و می‌باشد تندرستی و راههای حفظ آن است.

و از آنجاکه خدمت به مردم و خدمت به سلامت جامعه همیشه هدفم بوده و می‌باشد و براین مصداق که دیگران نوشتند، ما خواندیم و ما می‌نویسیم تا دیگران بخوانند به نگارش این مجموعه علاوه بر سایر کتب اقدام گردید گرچه در سال ۱۳۶۱ مجموعه‌ای این چنین انتشار یافت که مورد استقبال هموطنان گرامی قرار گرفت، اینک با تجدیدنظر و اضافه نمودن مطالب تازه از کشفیات و تحقیقات نوین دانشمندان این مجموعه در

دسترس شما قرار می‌گیرد و امیدوارم این کتاب چون سایر کتب اینجانب به خانه و میان خانواده‌ها راه یافته، تا ایامی که به آسانی به پزشک دسترسی ندارند بتواند از این منبع اطلاعات اولیه و آشنایی با بیماریها و چگونگی پیشگیری آنها استفاده نموده و به حقیقت پزشک خودشان باشند.

باید گفته شود که دانش پزشکی دائماً در حال تحول است، اصول قابل احترام یک نسل برای نسل بعدی تبدیل به شعارهائی توخالی و بی‌معنی می‌گردد، اما نکته مهم‌تر این که پزشکی یک علم نیست، بلکه مجموعه‌ای است از بسیاری از علوم پیشرفته، چون فیزیک ـ فیزیک اتمی، فیزیک فضائی، شیمی ـ شیمی تغذیه، شیمی داروئی، داروشناسی، روانشناسی، جامعه‌شناسی، روابط انسانی و ادبیات نیز حتی با میراثهای فرهنگی بشری مرزهای مشترکی داشته و دارد و پزشک این کارشناس جان انسانی که به فرمان خداوند قادر لایزال دانشها را در سینه خود حفظ نگهداشته و مسئول به کار گرفتن این چشمه‌های لبریز علوم در راه سلامت و رفاه حال انسانها می‌باشد. همان طور که مولای ما حضرت علی(ع) فرموده، دانش چون چشمه‌های جوشان و لبریز دائماً در حال تازگی و نوآوری است و پیشرفت حیرت‌انگیز و حیات‌بخش علوم پزشکی و علوم وابسته به آن هر لحظه در تازگی بوده و چون چشمه‌های جوشان مباحث نو و راههای تازه در دسترس دانشمندان و پزشکان و شیفته‌گان علم و انسانهای سازنده و درمان کننده قرار می‌دهد.

تحقیقات پزشکی ژنتیکی راه‌گشای بسیاری از بیماریها گشته و نیز پیدایش لحظه به لحظه داروهای جدید فصل نوینی در درمان بیماریها گشوده است. اما باید اذعان کرد که ارزش دانائی و آشنائی بر بیماریها و علل بروز و چگونگی سرایت آنها اصل پایدار در درمان بیماریها و راه‌های چاره‌ساز آن می‌باشد.

امروزه اعتقاد بسیاری از دانشمندان براین اصل استوار است که آشنائی هرچه بیشتر مردم به بیماریها و علل بروز و یا سرایت آنها و دانائی بر چگونگی راههای پیشگیری و درمان آنها می‌تواند انسان را از گزند بسیاری از بیماریها مصون داشته و سلامت و تندرستی او را حفظ و تأمین نماید.

اما یک منبع علمی و یک چشمه لبریز از مطالب و دانش پزشکی تازه و دانستنی که

مورد نیاز همگان و جویندگان دانش و سایر تشنه‌گان علم و حقیقت باشد کمتر در دسترس بوده تا بتوانند از آن بهره‌مند گردند.

کتاب پزشک خودتان باشید که اینک در دسترس شما عزیزان و شیفته‌گان علم و دانش و تشنگان واقعی علم و حقیقت می‌باشد. سی و هفتمین کتابی است که تاکنون ترجمه و تدوین نموده‌ام.

در انتشار این کتاب آقای جعفریه مدیر محترم انتشارات ثالث قبول زحمت نموده و آنرا منتشر و در دسترس شما عزیزان قرار داده‌اند بدینوسیله تشکر و سپاس خود را به ایشان تقدیم می‌دارم.

پروفسور محمدحسین حاجبی

تیرماه ۱۳۷۸

فهرست

مقدمه

یک درد عادی در کمر خیلی مهم به‌نظر نمی‌رسد، اما پس از مدتی با وحشت ملاحظه می‌نمایید، که مبتلا به لمباگو (پشت‌درد) یا بیماری کلیه شده‌اید، در هرحال درد فوق و اهمیت آن به‌خاطر اسم لمباگو و یا حتی بیماری کلیه بیشتر و کمتر نمی‌شود؛ ولی اصطلاحات پزشکی و ناآشنا بودن با آنها معمولاً یک وحشت بی‌جا به‌وجود می‌آورد. و نیز با ناآشنایی به نام و علائم بسیاری از بیماری‌ها، امکان دارد که ندانسته دست به اعمال و کارهایی بزنیم که بیماری را شدت داده، بر وخامت آن بیفزاید. لذا آشنایی با نام بیماری‌ها و حفظ و مراقبت قبل از رسیدن پزشک و چاره‌اندیشی‌های علمی برای همه، مخصوصاً طبقهٔ تحصیل کرده ضروری به‌نظر می‌رسد. یکی از علل نوشتن این کتاب نیز همین مسئله و نیاز عمومی بوده است. در ضمن باید گفته شود که شما به‌عنوان یک غیرمتخصص به هنگام بروز حوادث چه می‌توانید بکنید و چه می‌خواهید انجام دهید.

در صورت بروز یک شوک حتماً باید با متخصص تماس بگیرید، گفتن این مطلب ضروری است که حداقل هفت سال برای تعلیم یک پزشک واجب است و نیز مراحل تحقیقی و تکمیلی آن به سال‌های زیادتری چون ۱۲ سال نیاز دارد. طبیعی است اگر این کتاب بیست برابر آنچه اکنون در دسترس شماست می‌بود، باز هم برای درمان یک بیماری جزئی کافی نبود و نیست. از آنجاکه پزشکان بسیار مشغول هستند و هر بیماری یک نوع توقع و سؤال دارد، این کتاب می‌تواند جوابگوی بسیاری از پرسش‌های شما باشد و نیز با مطالعهٔ آن می‌توانید به خود و خانوادهٔ خود و حتی به پزشک در راه درمان ناراحتی‌هایتان کمک نموده و نیز ناراحتی‌ها و بیماری‌های جزئی و ناگهانی را لااقل تا هنگام رسیدن به پزشک کنترل نمایید.

علم پزشکی و علوم وابسته به آن هر ثانیه در حال تکامل و پیشرفت بوده و هست. بیماری‌های غیرقابل درمان گذشته، اکنون به‌خوبی مداوا می‌شوند و عوامل ناشناختهٔ

گذشته نیز یکی پس از دیگری شناخته می‌گردند. روش‌های درمانی گذشته همه روزه رو به تکامل است و اعمال جراحی نیز ضمن دقیق‌تر شدن، ایمن‌تر می‌گردند و تکمیل و توسعهٔ روزافزون وسایل مختلف جراحی و درمانی امید تازه‌ای برای هر انسان به‌وجود می‌آورد. بیمارانی که دچار امراض مزمن هستند، امیدوار می‌گردند که به زودی راه مداوای آنان نیز پیدا شده و بهبود خواهند یافت.

بنابراین توصیه‌ای که در اینجا ضروری است بیان نمایم، آن است که همواره با دکتر خانوادگی خود یا مراکز پزشکی در تماس باشید.

زندگی سالم

پیشگیری بهتر از درمان بوده و می‌باشد. اطلاعات و راهنمایی‌های کنونی علم پزشکی و بهداشت به ما می‌آموزند که چگونه می‌توانیم از بروز خیلی از بیماری‌ها جلوگیری نماییم. اکنون اگر این آشنایی و آموزش‌ها در کلیهٔ شئون زندگی ما مورد توجه باشد و استفاده و کاربرد پیدا نماید، به یک حقیقت مسلم که حفظ سلامت و زندگی سالم است، دسترسی پیدا می‌کنیم و سطح سلامت و بهداشت عمومی نیز تا حد بسیار زیادی بالا خواهد رفت.

متأسفانه شرایط فعلی محیط زیست و جوامع مختلف غالباً در تضاد با این آموزش‌های بهداشتی می‌باشند و در حقیقت این تنها ما هستیم که می‌توانیم با کمک به خود و سلامت خود، تا حد زیادی از ابتلا به بسیاری بیماری‌ها، خود و خانوادهٔ خویش را مصون نگهداریم.

بدن آدمی دارای مکانیسم بسیار ظریف و حساب شده و شگفت‌انگیزی است که کوچکترین اختلال در یکی از قسمت‌ها یا ارگان‌های بدن موجب بیماری و رنج و درد می‌گردد. این ساختمان عجیب و منظم برای حفظ سلامت و فعالیت و حیات خود نیاز به سوخت و مواد غذایی لازم داشته، نیز نیازمند استراحت کافی است.

از طرفی باید بدانیم که جان آدمی یا بدن ما پیوسته در تهاجم بیماری‌ها و حملهٔ موجودات ذره‌بینی به‌نام جرم (باکتری‌ها ـ ویروس‌ها ـ قارچ‌ها) و همچنین عوامل محیطی چون سرما، گرما و محیط‌های نامساعد، اشعه‌های مختلف موجود در فضا، یون‌ها و الکتریسیته‌های نامساعد محیط بوده و می‌باشد. در نتیجه ضرورت دارد قبل از اینکه وارد بحث بیماری‌ها و چگونگی سرایت آنها شویم، عوامل مهم حفظ تندرستی و سلامت بدن را بشناسیم. گرچه این عوامل بسیار ساده‌اند و حتی به عقیدهٔ بعضی ارزش

یادآوری‌های مجدد را ندارد، ولی تجربه به ما و کلیهٔ دست‌اندرکاران علوم پزشکی ثابت کرده است که اکثر بیماری‌ها باکوچکترین غفلت از طرف بیمار شروع شده وگاهی فاجعه به بار می‌آورد.

لذا ذکر این نکته بسیار اهمیت داشته و دارد که بدانیم:

تندرستی و سلامت بسیار ارزش دارد.

راستی، چه ارزشی دارد؟

اکثر این حقیقت راکه سلامتی نعمت است، درک نمی‌کنند و تنها وقتی که دچار ناراحتی و بیماری شدند و نیاز به دارو و درمان پیداکردند، آن را به خوبی احساس و درک می‌نمایند. پس:

سعی کنید سلامت خود را حفظ کنید

غذا، سوخت بدن است، دانستن این نکته نیز ضرورت دارد که نه تنها این غذا باید کافی باشد، بلکه از یک توازن در مواد مصرفی هم باید برخوردار باشد و گذشته از آن شامل ویتامین‌ها و مواد مورد نیاز سوخت و ساز بدن باشد. به‌طور خیلی مختصر یادآور می‌شویم که موادغذایی مورد مصرف، در کل شامل ۵گروه هستند یا به پنج نوع تقسیم می‌گردند.

یک نگاه کلی و توجه به این گروه‌ها، منظور ما از توازن در مصرف را روشن می‌نماید.

۱ـ کربوهیدرات‌ها	Carbohydrates
۲ـ چربی یا لیپیدها	Fats
۳ـ پروتئین‌ها	Proteins
۴ـ مواد معدنی یا نمک‌های معدنی	Inorganic Salts
۵ ـ ویتامین‌ها	Vitamins

۱ـ کربوهیدرات‌ها (هیدرات دوکربن‌ها) یاگلوسیدها یا مواد قندی، نشاسته‌ای

این نوع مادهٔ غذایی شامل مواد قندی و نشاسته‌ای بوده که عمل اصلی آن ایجاد انرژی و حرارت برای بدن است. این مواد در غذای روزانهٔ ما به شکل شکر و موادقندی،

نان، برنج و سیب‌زمینی یافته می‌شود. این مواد نشاسته‌ای در بدن به گلوکز تبدیل گردیده و سپس جذب بدن می‌گردند و آنگاه تولید انرژی حرارتی می‌نمایند.

باید بدانیم که مواد گلوسیدی یا کربوهیدرات‌ها اگر زیادتر از نیاز بدن مصرف شوند، در بدن ذخیره شده، به صورت چربی جمع می‌شوند. و نیز ذخیره و جمع شدن چربی در بدن از قدرت دفاعی بدن کاسته، انسان را به چاقی مبتلا می‌سازد.

۲ـ چربی‌ها

همهٔ شما خوانندگان گرامی انواع چربی‌ها را می‌شناسید که عبارت‌اند از کره و روغن‌های حیوانی و نباتی. این چربی‌ها نیز مانند مواد نشاسته‌ای منبع انرژی بوده و در سوخت و ساز بدن نقش اساسی دارند. نکتهٔ مهم که در اینجا ذکرش ضروری است، آن است که به‌طور کلی چربی‌های نباتی یا گیاهی بسیار مفیدتر و سالم‌تر از چربی‌های حیوانی بوده و مانع بروز بسیاری از عوارض قلبی و عروقی می‌گردند.

۳ـ پروتئین‌ها

پروتئین‌ها، مهمترین عامل سازندگی بدن مخصوصاً در سنین رشد و بلوغ هستند و نیز در بزرگسالان و افراد سالمند از نظر ساختن بافت‌های جدید و نیز جایگزین کردن آنها نقش عمده‌ای را به عهده دارند.

پروتئین‌ها نیز برای حفظ تندرستی و مقاومت بدن در مقابل عفونت‌ها ضروری است، چه پروتئین‌ها هستند که در بدن آنتی‌بادی‌ها یا مواد مدافع بدن در مقابل بیماری‌ها و اجسام خارجی را تولید می‌نمایند.

منابع اصلی محتوی پروتئین، گوشت‌قرمز، مرغ، ماهی، تخم‌مرغ، پنیر و سبزیجات خشک چون باقلا و حبوبات هستند.

۴ـ مواد معدنی یا نمک‌های معدنی

این مواد که مقدار آنها کم است، در مواد غذایی مختلف وجود دارند و بدن بدون آنها دچار ضعف و بیماری می‌گردد. نمک مصرفی روزانهٔ ما یکی از آنهاست که شامل (سدیم و کلر) می‌باشد. مواد دیگری چون کلسیم و فسفر، برای استخوان و دندان‌های سالم

وجودشان لازم است یا آهن و مس جهت خون‌سازی و ید برای فعالیت سالم غدهٔ تیروئید مورد نیاز بدن ماست.

۵ـ ویتامین‌ها

راجع به ویتامین لابد تاکنون بسیار خوانده‌اید اما در اینجا به‌طور اختصار به‌ذکر یک یک آنها و اثرات درمانی و حیاتی آن پرداخته، منابع آن را بیان می‌داریم.

به‌طور کلی ویتامین‌های اصلی عبارت‌اند از: ویتامین A - $B_{۱}$ - $B_{۲}$ - $B_{۳}$ - $B_{۴}$ - $B_{۵}$ - $B_{۶}$ - $B_{۷}$ - $B_{۸}$ - $B_{۹}$ - $B_{۱۲}$ - C - D - E - F - K و P.

ویتامین A

یکی از عوامل حیاتی و پرارزشی است که در زندگی و سلامت آدمی بی‌نهایت تأثیر دارد.

۱ـ ویتامین A نقشی حیاتی در حفظ فعالیت سالم قلب و عروق بدن دارد و در تنظیم سالم فشار خون وجودش ضروری است.

۲ـ ویتامین A برای تراوت و شادابی پوست و نیز حفظ سلول‌های پوستی و متابولیسم آن نقشی حیاتی دارد.

۳ـ ویتامین A تأثیر عجیبی در رشد و نمو دارد و برای کودکان جزو ضروریت‌های حیاتی به‌شمار می‌رود که رشد و نمو آنان به نحو شایسته‌ای انجام پذیرد و موجب فعالیت و نشاط آنان می‌گردد.

۴ـ ویتامین A در دوران بیماری‌ها و عفونت‌های مختلف، مقاومت بدن را زیاد و عوامل ضد بیماری و میکروب را تقویت می‌نماید و موجب رفع بیماری شده و به سلامت بدن کمک می‌نماید.

۵ـ ویتامین A در زخم‌های جلدی، جوش‌ها، و سایر عوارض پوستی، چون دارو اثری درمانی داشته و کمبود آن موجب می‌شود که زخم دیر درمان پذیرفته و التیام یابد.

۶ـ ویتامین A در جلوگیری از پیری زودرس و حفظ سلول‌های بدن و تراوت آنها تأثیر بسزایی دارد. امروز در درمان‌های ژرونتولوژی (پیری‌شناسی) و جلوگیری از نارسایی‌ها و انحطاط اعضای بدن از ویتامین A استفادهٔ درمانی می‌شود.

۷ـ ویتامین A در فعالیت سلول‌های غددی بدن و ژنراسیون (زاد و ولد) آنها لازم است و مخصوصاً در ساختمان بافت‌های انترستیسل (بینابینی) خاصیت فعال کننده و سازنده دارد.

۸ـ ویتامین A در زگیل یا دانه‌های پوستی موجب درمان بوده و به نظر می‌رسد که کمبود این ویتامین موجب بروز این دانه‌ها یا زگیل می‌شود.

۹ـ ویتامین A در بیماری‌های دستگاه تنفس و سلول‌های مخاطی آن نقش درمانی دارد و کمبود آن موجب عوارض و آتروفی نسج مخاطی بینی می‌گردد.

۱۰ـ ویتامین A برای فعالیت مویرگ‌ها و حفظ جدار آنها ضروری بوده، در عوارض قلبی، عروقی یا خونریزی‌های مغزی، کمبود این ویتامین محسوس است.

۱۱ـ ویتامین A موجب درمان و رفع عوارض و صداهای گوش در دوران سالمندی می‌شود و اصولاً مصرف آن از به‌وجود آمدن این عوارض و صداهای مختلف در گوش جلوگیری می‌نماید.

منابع غذایی ویتامین A

روغن ماهی، جگر گوساله، جگر مرغ، جگر گاو، پنیر، زردهٔ تخم‌مرغ، کَرهٔ تازه، قلوه، و در سبزیجات بیش از همه، جعفری، هویج، کدو، اسفناج، تیرتیزک یا شاهی و کاهو.

در میوه‌ها خربزه، گیلاس، موز، خرما، زردآلو، هلو و پرتقال بیشتر از سایر مواد غذایی دارای ویتامین A هستند.

ویتامین B

ویتامین B_1

برای ورزشکاران بهترین عامل قدرت و تحرک است. ویتامین B_1 ویتامین فعالیت و تعادل سیستم عصبی بدن می‌باشد و ارزش آن به‌خوبی مشخص است. کمبود آن ایجاد ناراحتی‌هایی عصبی، چون بی‌حالی، خستگی، کم‌خوابی، تپش قلب، بی‌حسی، مورمورشدن پوست، درد عضلات، دردپا، ورم اعصاب وگاهی فلج پاها و فلج موضعی اندام و حتی زخم گوشهٔ لب، بی‌اشتهایی، خشکی لب‌ها، ترک خوردن لبها، خشکی موها و شکنندگی و ریزش موها و عدم تراوت پوست بدن می‌گردد. از خواص ویتامین B تنظیم مصرف مواد قندی در بدن می‌باشد، و نیز باید اضافه شود که کمبود ویتامین B در بدن باعث ضعف دستگاه هاضمه و معده و ایجاد التهاب در روده‌ها می‌گردد و گاهی تورم روده‌ها که در مقابل داروها بهبود نمی‌یابند، به‌علت کمی این ویتامین عارض می‌شود.

منابع غذایی ویتامین B_1

انواع گوشت‌ها، و دل و قلوهٔ گاو و گوسفند، ماهی، گوشت مرغابی، نان، عدس، نخود، ذرت، شیر و جو چاودار، اسفناج، ترب، کلم، شاهی، لوبیا سبز، گل‌کلم، هویج و میوه‌جات، خربزه، پرتقال، خرما، گیلاس، هلو، گلابی و مغز گردو، مغز بادام، بادام زمینی و فندق به مقدار قابل توجهی ویتامین B_1 دارد و بیش از همه در مخمر آبجو ویتامین B_1 وجود دارد.

ویتامین B_2

ویتامین B_2، که از گروه ویتامین‌های B است، نقش مهمی در تنظیم مخاط‌ها و تراوت پوست بدن دارد و نیز در قدرت بینایی و دیدگان وجودش ضروری است و همچنین برای سوخت و ساز بدن و جذب موادقندی و نشاسته‌ای موردنیاز است. در

تقویت ریه‌ها و نسج آن این ویتامین اثر شگرف دارد و چون میکروب‌های موجود در روده‌های انسان به‌خاطر نیاز شدید بدن آن را می‌سازند، آثار کمبود آن محسوس نیست.

منابع غذایی ویتامین B_2

بیش از همه جگر گاو و جگر گوسفند و گوساله و دل و قلوه حیوانات و نیز در مخمر آبجو به مقدار زیاد، در تخم‌مرغ، در گوشت ماهی، گوسفند و گاو، مرغ، بوقلمون، مرغابی و شیرها و نیز در کره وجود دارد.

در میوه‌جات و سبزیجات ـ در انجیر، در انگور، توت و خرما، پرتقال، گوجه برقانی، هلو، گلابی، موز و کشمش و برگه زردآلو، برگه هلو، مغز بادام، مغز گردو، بادام زمینی، اسفناج، ترب، سیب‌زمینی، کلم، نخود سبز، برنج، شاهی، کاهو، پیاز، جو، ذرت، هویج به مقدار لازم وجود دارد.

ویتامین PP یا اسید نیکوتینیک B_3

ویتامین PP که جزو گروه ویتامین‌های B به‌شمار می‌آید، در فعالیت بدن و سوخت و ساز آن لازم بوده، کمبود آن موجب عدم جذب قند در بدن می‌گردد، کسانی که دچار دیابت یا مرض قند هستند، ضروری است مقدار بیشتری ویتامین PP یا B_2 مصرف کنند تا زودتر موفق به درمان گردند.

کمبود ویتامین B_3 موجب التهاب وریدها در بدن شده حتی در بدن تولید واریس می‌نماید، افرادی که زود به زود دچار سرمازدگی و بی‌حسی انگشتان در فصل سرما می‌شوند، دچار کمبود این ویتامین شده‌اند. نیز کسانی که صورتشان قرمز و مویرگ‌های آن متورم و مجاور سطح پوست باشد، دچار کمبود این ویتامین شده‌اند. این ویتامین در درمان مسمومیت‌های ویتامینی هم نقش درمانی دارد.

منابع غذایی ویتامین PP یا B_3

این ویتامین در گندم، در مخمر آبجو، در انواع سبزیجات تازه و میوه‌ها و نیز در ماهی وجود دارد.

ویتامین B_4 یا انیاسین

وجود ویتامین B_4 در حفظ و سلامت پوست و تراوت و شادابی سلول‌های آن و در متابولیسم و سوخت ساز سالم و جذب مواد غذایی و آب و دفع سموم ضروری است و نیز در حفظ سلول‌های طبقهٔ پوششی مجاری بدن مخصوصاً دستگاه گوارش نقش اساسی دارد و شاید کمبود ویتامین B_4 موجب زخم اثناعشر و معده گشته و موجب کولیت‌های اولسروز گردد.

ویتامین B_4 برای حفظ و سلامت سلول‌های عصبی نیز نقش حیاتی دارد.

منابع غذایی ویتامین B_4

این ویتامین نیز مانند سایر ویتامین‌های گروه B در مخمر آبجو و سبزی‌های تازه و انواع گوشت به مقدار کافی وجود دارد.

ویتامین B_5

ویتامین B_5، باعث نشاط و تعادل روانی انسان می‌گردد. در ضعف عمومی و کم‌خونی‌ها یک داروی مؤثر درمانی به شمار می‌آید. یکی دیگر از خواص ویتامین B_5 تنظیم سوخت و ساز چربی در بدن و کنترل مقدار کلسترول در خون و نیز جلوگیری از بالا رفتن تری‌گلیسیرید خون و لیپیدتوتال در خون است.

ویتامین B_5 به‌طور جداگانه در دسترس نیست ولی در گروه ویتامین‌های B به مقدار کافی وجود دارد.

منابع غذایی ویتامین B_5

ویتامین B_5 در مخمر آبجو، در زردهٔ تخم‌مرغ، در گوشت‌ها و سبزیجات تازه و کلم به مقدار کافی وجود دارد.

ویتامین B_6 یا پیریدوکسین

ویتامین B_6 دفع و خروج اسیدهای چربی اشباع نشده و مصرف پروتئین‌ها را در دستگاه بدن آسان می‌سازد، این ویتامین همچنین به تولید آنتی‌کرها که سد راه

میکروب‌ها هستند، کمک می‌کند و در نتیجه از امراض عفونی جلوگیری می‌نماید.

متخصصان می‌گویند در پارکینسون، فلج مغزی و اختلالات عصبی مفید است و لازم است گفته شود که این ویتامین باید در رژیم غذایی همه وارد شود. مخصوصاً خیلی مهم است خانم‌هایی که آبستن می‌شوند در دوران آبستنی مقدار زیادی از این ویتامین را مصرف کنند. متخصصان تغذیه معتقدند که هرکس باید در روز ۱/۵ میلی‌گرم ویتامین $B_۶$ مصرف کند.

ویتامین $B_۶$ دفع اسیدهای چربی را از بدن آسان می‌سازد و در نتیجه از بروز امراض عفونی جلوگیری می‌کند.

در زیر غذاهایی که سرشار از ویتامین $B_۶$ هستند برای اطلاع شما آورده می‌شود. در ستون اول نوع غذا و در ستون دوم مقدار آن و در ستون سوم مقدار ویتامین $B_۶$ منظور شده. فراموش نکنید که هر مقدار ویتامین در این ستون ذکر می‌شود، جیرهٔ غذایی روزانهٔ صددرصد آن خواهد بود.

اسم غذا	مقدار	میلی‌گرم
۱ـ جگر گوساله	۱۱۴گرم	۶۰
۲ـ موز	یک عدد متوسط	۲۷
۳ـ لوبیا چیتی	یک فنجان	۲۶
۴ـ سیب‌زمینی	یک عدد متوسط	۲۶
۵ـ کلم پخته	یک فنجان	۲۴
۶ـ جوجه کباب	۲۲۸گرم	۲۰
۷ـ کلم برگ خام	یک فنجان	۱۹
۸ـ گرد مخمر آبجو	یک قاشق سوپخوری	۱۸
۹ـ سیب‌زمینی تنوری	یک عدد متوسط	۱۱
۱۰ـ کاهو	یک نصفه	۱۱
۱۱ـ اسفناج پخته	یک فنجان	۱۰
۱۲ـ شلغم پخته	یک فنجان	۹

اسم غذا	مقدار	میلی‌گرم
۱۳ـ دل گاو پخته	۸۵گرم	۹
۱۴ـ ماهی دریا	به‌اندازهٔ متوسط	۷
۱۵ـ اسکالوپ گوساله	۸۵گرم	۷
۱۶ـ پسته زمینی بوداده	یک چهارم فنجان	۷
۱۷ـ استیک بدون استخوان	۱۱۴گرم	۶
۱۸ـ نخود فرنگی	یک فنجان	۵
۱۹ـ خربزه	یک نصفه	۴
۲۰ـ ملاس سیاه	یک قاشق سوپخوری	۴
۲۱ـ سیب درختی	یک عدد بزرگ	۴
۲۲ـ جوانهٔ گندم	یک قاشق سوپخوری	۲۲
۲۳ـ کلم گل پخته	یک فنجان	۲
۲۴ـ مغز پخته	به‌اندازهٔ متوسط	۱
۲۵ـ شیر کامل	یک فنجان	۱
۲۶ـ تخم‌مرغ	یک عدد	۱

ویتامین $B_۸$ یا ویتامین H

کمبود ویتامین $B_۸$ موجب اختلال در جذب و سوخت و ساز مواد پروتئینی و چربی در بدن شده و نیز موجب اختلال‌های عصبی می‌گردد.

ویتامین $B_۸$ یا ویتامین پرورش و رشد و نمو، بهترین دارو برای جلوگیری از ریزش مو و حفظ تراوت پوست است. پوست‌های چروکیده، پر از جوش و لک و ناسالم دچار کمبود این ویتامین می‌باشند، حتی کمبود ویتامین H باعث ایجاد کورک در بدن می‌گردد. ویتامین $B_۸$ باعث تقویت اعصاب نیز می‌گردد.

منابع غذایی ویتامین $B_۸$

در کلم، گوجه‌فرنگی، قارچ‌ها، پیاز و مخمرآبجو و زردهٔ تخم‌مرغ، شیر، اسفناج، هویج و در پوست برنج و غلات نیز وجود دارد.

ویتامین B_9 یا اسید فولیک

ویتامین B_9 برای درمان کم‌خونی یک داروی مؤثر است. در بیماری‌های گوارشی و اختلال‌های هضم و همچنین در بیماری‌های کبد و کیسهٔ صفرا یک داروی ضروری به‌شمار می‌آید. این ویتامین را معمولاً همراه با ویتامین‌های گروه B تجویز می‌کنند تا از عوارض کمبود آن جلوگیری شود.

کمبود ویتامین B_9 موجب اختلال‌های کبدی و التهاب آن می‌گردد. نیز موجب تورم معده و اثناعشر شده، در تولید زخم اثناعشر مؤثر است. عده‌ای معتقدند کمبود ویتامین B_9 مانند ویتامین B_5، سبب بالارفتن کلسترول و تری‌گلیسیرید در خون و عوارض آن می‌شود.

منابع غذایی ویتامین B_9

بیشتر در مارچوبه، آندیو، اسفناج، خیار، هویج، لوبیا سبز و سیب‌زمینی، جگر مرغ و گوسفند و گاو وجود دارد.

ویتامین B_{12}

داروی تقویت اعصاب، فعال کنندهٔ نیروی حیات و جوانی، درمان کنندهٔ کم‌خونی و ضعف.

ویتامین B_{12} در گذشته به‌عنوان داروی ضد کم‌خونی شناخته شده بود و امروز به‌خواص حیاتی آن بیشتر پی برده‌اند، این ویتامین گذشته از اینکه کمک دارویی مؤثر در رفع کم‌خونی‌ها و ضعف است، در سازندگی و فعال ساختن نسوج بدن نقش اساسی دارد. این ویتامین داروی تقویت کنندهٔ اعصاب و نیز محرک سلول‌های عصبی بوده و آنان را در دفاع از بیماری‌ها و دفع آن یاری می‌نماید.

ویتامین B_{12} باعث می‌شود که خون و مواد مغذی و حیاتی به سلول‌های غدد داخلی بدن رسیده و آنها را فعال سازد. بدین لحاظ معتقدند که ویتامین B_{12} فعال کنندهٔ نیروی جوانی و سرزندگی است.

در یک سری آزمایش‌ها که بر روی حیوانات به‌عمل آمده است، کمبود این ویتامین موجب توقف رشد و پیری زودرس و مرگ شده است.

منابع غذایی ویتامین B_{12}

منابع غذایی این ویتامین بیشتر منبع حیوانی است، چون جگر گاو، گوساله و جگر مرغ و سایر پرندگان. همچنین در گوشت‌های تازهٔ گاو، گوسفند، بوقلمون، کبک و در تخم‌مرغ و پنیر ویتامین B_{12} موجود است.

ویتامین C

ویتامین C یا اسید اسکوربیک که به‌صورت بلورهای سفیدرنگ است، در برابر نور و اکسیدان‌ها و قلیاها پایدار نیست و محلول آن در برابر اکسیژن و حرارت زیاد مقاومت نکرده و خراب می‌شود.

فیزیولوژی و عمل ویتامین C:

در متابولیسم درونی یاخته‌ها و همچنین در سوخت و ساز بدن نقش مؤثری بازی می‌کند و به تشکیل استخوان‌ها و دندان‌ها کمک می‌کند.

ویتامین C در بدن ذخیره می‌شود

در درجهٔ اول غدد ترشح داخلی و بعد کبد، طحال، مغز سر، کلیه‌ها و قلب دارای مقدار زیادی ویتامین C هستند در عضلات نیز مقدار قابل ملاحظه‌ای ویتامین C وجود دارد، همچنین در تمام مایعات بدن یافته می‌شود.

مقدار آن در خون اشخاص سالم ۰/۶ تا ۲/۵ میلی‌گرم در هر صد سانتیمتر مکعب می‌باشد.

اگر ویتامین C به مقدار (زیاد) مثلاً یک گرم به یک‌نفر تزریق کنند، مقدار آن در خون به ۲۵ میلی‌گرم در هر صد سانتیمتر مکعب می‌رسد ولی بعداً مقدار آن به تدریج پایین آمده و پس از پانزده ساعت به ۲۰ میلی و پس از دو روز به مقدار عادی می‌رسد.

ویتامین C به‌وسیلهٔ ادرار و مدفوع و عرق بدن دفع می‌گردد، مقدار دفع آن از راه ادرار، تابع مقدار ویتامین C مصرف‌شده و مقدار ذخیرهٔ بدن می‌باشد و با آن کم و زیاد می‌گردد. وقتی مقدار آن در صد سانتیمتر مکعب خون به ۱/۱ و ۱/۳ میلی‌گرم می‌رسد، دفعش به‌وسیلهٔ کلیه‌ها سریعتر می‌شود. مصرف بعضی اغذیه مانند کلم، چاودار و برخی داروها از قبیل روغن ماهی، سالیسیلات دوسود، آتروپین، آسپیرین، باربیتوریک‌ها، آنتی‌پیرین،

آدرنالین کلروفرم، سولفامیدها و غیره موجب افزایش دفع ویتامین C توسط ادرار می‌گردد. بالعکس بیکربنات دوسود و انسولین دفع آن را تقلیل می‌دهند. دفع ویتامین به‌وسیلهٔ مدفوع تقریباً ثابت و روزانه در حدود پنج میلی‌گرم است.

به‌استثنای انسان و میمون و خوکچهٔ هندی، تمام حیوانات پستاندار و گیاه‌ها ویتامینC می‌سازند. مقدار لازم آن در حال عادی به‌طور روزانه تقریباً ۷۵ تا ۱۲۵ میلی‌گرم است که این مقدار، بدن را در برابر بیماری‌های عفونی تقویت می‌کند. مصرف ویتامینC اثر آن را زیاد می‌کند.

هنگام حاملگی و شیر دادن و بیماری‌های عفونی و تب‌دار، باید ویتامین C بیشتر مصرف نمود، چه در درمان بیماری مؤثر است و مقاومت بدن در مقابل میکروب و عفونت زیاد می‌گردد.

واحد ـ یک واحد بین‌المللی مساوی است با ۰/۰۵ میلی‌گرم.

آثار کمبود ویتامین C

فقدان ویتامین C باعث خونریزی مخصوصاً در لثه‌ها می‌شود. شیرخوارانی که فقط با شیر زیاد حرارت دیده تغذیه می‌شوند، در شش ماه دوم عمرشان ممکن است دچار کمبود ویتامین C گردند و آثار فقدان ویتامین C به‌تدریج ظاهر شوند. پیش از بیرون آمدن دندان‌ها لثهٔ اطراف آنها جدا شده و یک برآمدگی تشکیل می‌دهد. این آثار مخصوصاً در دندان‌های ثنایای میانی فک بالا واضح‌تر هستند و مختصر فشار به آنها باعث خونریزی می‌شود. خونریزی در روده‌ها هم دیده می‌شود. علائم فوق در اطفال بزرگ‌تر نیز مشاهده می‌گردد.

منابع ویتامینC

چنانکه گفته شد تمام گیاه‌ها و اغلب حیوانات پستاندار ویتامینC می‌سازند و در تمام نسوج پیدا می‌شود.

در اغذیهٔ نامبرده در زیر مقدار ویتامینC نسبتاً زیاد یافته می‌شود. در منابع حیوانی بیشتر در جگر سیاه و دل و قلوه و در توت‌فرنگی، پرتقال، لیموترش و در سبزیجات برگ کلم و ترتیزک، جعفری و گل‌کلم، تربچه، گوجه‌فرنگی، کاهو.

منابع ویتامین C

مادهٔغذایی	ویتامینC میلی‌در۱۰۰گرم	مادهٔغذایی	ویتامینC میلی‌در۱۰۰گرم
انجیر تازه	۲	خرما	۰/۰۱
انجیر خشک	۰/۰۳	پرتقال	۴۹
انگور تازه	۴	آب پرتقال	۴۲
کشمش	خیلی‌کم	زردآلو	۴
توت	۱۵	برگه زردآلو	۱۲
توت‌فرنگی	۶۰	سیب	۵
خربزه	۶	گلابی	۴
گوجه برقانی	۵	گوجه برقانی خشک	۳
گیلاس	۸	هلو	۸
آب لیموترش	۴۵	برگه هلو	۱۹
موز	۱۰	مغز بادام	خیلی‌کم
مغزگردو	۳	فندق	۳
بادام زمینی	۰	اسفناج	۲۱
پیاز	۱۲	ترب	۲۴
شاهی یا ترتیزک	۷۵	جعفری	۱۸۹
چغندر	۵	سیب‌زمینی	۲۳
کاهو	۱۸	کرفس	نامعین
برگ کرفس	۸	کلم برگ	۷۰ـ۴۰
گل کلم	۶۹	گوجه‌فرنگی	۲۱
لوبیا سبز	۱۲	نخودسبز	۲۶
هویج	۴	لوبیا	۲
نخود	۲	گوشت گاو	نامعین
مرغ	نامعین	مرغابی	۸
غاز	۱۳	شیر مادر	۶
شیرگاو	۱/۷	شیر میش	۳/۶
شیر بز	۱	بوقلمون	نامعین

ویتامین D

ویتامین D چهار نوع است D_1، D_2، D_3، D_4 . ویتامین D در بدن انسان و حیوانات یافته می‌شود و در اثر تابش و نفوذ اشعهٔ خورشید به بدن و اثر آن در کلسترین تشکیل می‌شود.

سایر ویتامین‌های D مصنوعی می‌باشند و در اثر اشعهٔ ماورای بنفش (U V) روی ارگوسترین تهیه می‌شوند. از لحاظ شیمیایی کمی از نظر فرمول اختلاف دارند و سمیت ویتامین‌های مصنوعی قدری بیشتر است. در حرارت زیاد و مدت زیاد نابود می‌شوند، در مجاورت حرارت مرطوب به‌خصوص بخار آب زودتر نابود می‌گردند.

واحد: یک واحد بین‌المللی مساوی است با ۰/۰۰۰۰۲۵ میلی‌گرم.

فیزیولوژی ویتامین D جزو ویتامین‌های محلول در چربی می‌باشد. بدین مناسبت برای هضم و جذب آن صفرا لازم است. قسمتی از ویتامین D در بدن از بین می‌رود و قسمتی هم به‌وسیلهٔ روده‌ها دفع می‌گردد.

مقدار ویتامین D در خون به ۶۶ تا ۱۶۴ واحد در هر سانتیمتر مکعب خون می‌رسد. البته مقدار آن در خون برحسب فصل و زمان متغیر است و به‌علاوه بستگی به مقدار مصرف ویتامین D دارد. مثلاً پس از مصرف ۵۰ تا ۵۰۰ هزار واحد بین‌المللی مقدار آن در هر صد سانتیمتر مکعب خون به ۹۰۰۰ تا ۱۳۰۰۰ واحد می‌رسد.

عمل ویتامین D:

عبارت است از تنظیم تعادل بین فسفر و کلسیم، بدین ترتیب که ویتامین D فسفر ارگانیک را تبدیل به فسفر غیرآلی می‌کند و در نتیجه فسفات دو کلسیم که برای تشکیل استخوان‌ها لازم است در خون درست می‌شود.

اگر تعادل بین کلسیم و فسفر غیرآلی موجود باشد، احتیاج بدن به ویتامین D کمتر

خواهد بود. این است که داروهای کلسیم‌دار را با فسفر توأم می‌نمایند تا تعادل آنـها در خون به‌هم نخورد.

مسمومیت ویتامینD:

ویتامینD چه طبیعی و چه مصنوعی اگر به‌مقدار زیاد داده شود، تولید مسمومیت می‌نماید. بنابراین باید توجه داشت که مصرف ویتامین D با اجازه و دستور طبیب باشد. مقدار قابل تحمل ویتامین D برای هر کیلوگرم وزن ده هزار واحد می‌باشد. این نکته قابل توجه و دقت است که مصرف زیاد ویتامین D به‌عکس باعث فرار کلسیم استخوان‌ها و جذب آن روی شرایین و کلیه‌ها و نسوج همبند می‌گردد.

علائم مسمومیت عبارت‌اند از: در آغاز یک (حالت خوشی Euyhnrie) و زیاد شدن اشتها (که بعد اشتها از بین می‌رود) و حال تهوع، سردرد، درد مفاصل، عرق زیاد، اسهال، ورم کلیه و آلبومینوری، بالا رفتن کلسیم خون و دفع فسفر و کلسیم به‌وسیلهٔ ادرار.

در صورتی که از دادن ویتامین D خودداری شود، علائم مسمومیت از بین می‌رود و کلسیمی که روی نسج‌ها جذب شده، از بین خواهد رفت. البته این در صورتی است که هرچه زودتر و پیش از آنکه ضایعات حاصله پایدار شود، اقدام گردد.

ویتامینB قدرت تحمل بدن را در مقابل ویتامینD زیاد مـی‌کند، ولی کـم‌کردن یـا ندادن کلسیم به مسموم تأثیری در معالجهٔ او ندارد.

مقدار لازم: برای اشخاصی که در هوای آزاد زندگی می‌کنند و اغذیهٔ کـافی و مـتنوع مصرف می‌نمایند، احتیاج به مصرف جداگانهٔ ویتامین D نیست؛ ولی اشخاصی که از نور خورشید و غذای صحیح محروم هستند، باید غذاهایی که ویتامینD زیاد دارند (کـره، زردهٔ تخم‌مرغ) مصرف کنند. بـه کـودکان و مـادران شـیرده مـی‌توان روزانـه ۴۰۰ واحـد ویتامینD داد.

در اینجا باید متذکر شد که نعمت آفتاب درخشان و هوای صاف ایران از موهبت‌های الهی است که خیلی از بیماری‌ها را درمان و کسری مواد غذایی بسیاری از هموطنان ما را تأمین می‌کند.

منابع ویتامین D

مادهٔ غذایی	واحد در ۱۰۰ گرم
روغن کبد ماهی	۱۰۰۰
روغن ماهی	۵۰۰
گوشت ماهی	۸۰
جگر سیاه	۵۰
چربی خوک	۴۸
کره	۶۰
پنیر	۳۵
شیر چربی نگرفته	۲۴
زردهٔ تخم مرغ	۲۰

ویتامین E

ویتامین جوانی، نشاط، سلامت، تراوت و احساس است.

هیچ ویتامینی مثل ویتامینE اینقدر بحث و مجادله برنینگیخته است. به‌نظر می‌رسد که این ویتامین تنظیم کنندهٔ متابولیسم مغز سلول‌هاست و از زایمان‌های دروغی جلوگیری می‌کند.

محققین دربارهٔ مقدار ویتامینE که برای دستگاه بدن لازم است توافق نکرده‌اند، با این حال توصیه می‌کنند هر روز یک قاشق چایخوری روغن مایع جوانهٔ گندم را که سرشار از ویتامینE هست بخورند.

اگر ویتامینE در غذای روزانه ما کافی نباشد می‌تواند موجب عقیم شدن و نازایی گردد. همچنین کمبود ویتامینE موجب لاغری عضلات و افزایش مصرف اکسیژن از طرف یاخته‌ها و همچنین مصرف بد فسفر در بدن است. در کانادا دکتر «شوت» و دکتر «آوانس» آزمایش‌ها و مطالعات عمیقی دربارهٔ آثار این ویتامین نموده‌اند.

دکتر آوانس عقیده دارد که هیچ چیز مفیدتر از ویتامینE برای قلب نیست. از یک‌سال پیش به این طرف من خودم هر روز هزار واحد ویتامینE را با ویتامین‌های دیگر مصرف می‌کنم. نتیجهٔ آن این است که طبق آخرین معاینهٔ پزشکی که از من به‌عمل آمد، پزشکم گفت کار قلب من مثل یک قلب جوان است.

پزشکان کانادایی عقیده دارند هرکس خودش نمی‌تواند مقدار مصرف ویتامینE را تعیین کند و این کار پزشکان متخصص است که از روی احتیاج هرکس به این ویتامین مقدار مصرف را تعیین کنند. چنانکه دربارهٔ خود من مقدار مصرف را دکتر شوت تعیین کرد.

هرکس دربارهٔ قلبش مشکلی دارد باید کتاب جالب «هربرت هیلی» را که تحت عنوان (ویتامین E و اسرار یک قلب سالم) است بخواند.

دو تن از دانشمندان دانشگاه کالیفرنیا دکتر «نستر» و دکتر «جیمز اسمیت» اخیراً فاش کردند که ویتامینE در طول عمر سلول‌های انسانی نقش مهمی بازی می‌کند. ثابت شده که اگر ویتامینE علل دیگر پیری بدن را برطرف نسازد، در حفاظت سلول‌های زنده بر علیه اوکسیدان‌ها نقش اصلی را بازی می‌کند. اوکسیدان‌ها مثل (دی‌اکسیدازوت و اوزون) در هوای تمام محیط‌های آلوده وجود دارد.

به‌علاوه حتی اگر ویتامین E نتواند یک آدم چهل ساله را به یک جوان تبدیل کند، ولی می‌تواند از مرگ پیش‌رس، از صدمات به مغز و بحران‌های قلبی یا عوارض پیری جلوگیری کند. بلی ما هنوز هم دربارهٔ خواص ویتامینE خیلی دانا نیستیم.

برای تقویت غذاهای خود با این ویتامین مهم، هر روز یک قاشق سوپخوری روغن مایع جوانهٔ گندم با روغن‌های مایع دیگر را که دارای ویتامین E هستند، به سالاد خود اضافه کنید. به غلات و سالاد مصرفی ـ چه گرم و چه سرد ـ یک قاشق سوپخوری پر جوانهٔ گندم تازه بیفزایید. همچنین می‌توانید کپسول ویتامین E را از داروخانه‌ها بخرید و مصرف کنید.

غذاهای سرشار از ویتامین E

اسم غذا	مقدار	ویتامین برحسب میلی‌گرم
۱ـ روغن مایع جوانهٔ گندم	یک قاشق سوپخوری	۴۵ میلی‌گرم
۲ـ روغن مایع ذرت	یک قاشق سوپخوری	۳۵ میلی‌گرم
۳ـ روغن مایع سویا	یک قاشق سوپخوری	۱۷-۱۳ میلی‌گرم
۴ـ روغن مایع تخم‌مرغ	یک قاشق سوپخوری	۱۳-۱۱ میلی‌گرم
۵ـ گوشت‌های معمولی	۱۱۴ گرم	۹ میلی‌گرم
۶ـ کلم	یک فنجان	۸ میلی‌گرم
۷ـ ذرت	یک خوشه معمولی	۶ میلی‌گرم
۸ـ جوانهٔ گندم	یک چهارم فنجان	۴/۶ میلی‌گرم
۹ـ روغن بادام زمینی (آراشید)	یک قاشق سوپخوری	۳/۷ـ۴ میلی‌گرم
۱۰ـ اسفناج	یک فنجان	۲/۵۵ میلی‌گرم
۱۱ـ برش‌های هویج	یک فنجان	۲/۱۰ میلی‌گرم
۱۲ـ آرد کامل گندم	نیم فنجان	۲-۰/۷۲ میلی‌گرم
۱۳ـ تخم مرغ	یک عدد متوسط	۱/۵ میلی‌گرم
۱۴ـ کنجالهٔ جو سیاه	یک فنجان	۰/۵ میلی‌گرم

ویتامین F

تعدادی از اسیدهای چرب سنگین و اشباع‌نشده از قبیل اسیدلینولینیک و اسید لینولئیک و اسید آراشیدونیک را ویتامین F می‌نامند. این نوع اسیدها در تمام چربی‌ها مخصوصاً در چربی گیاه‌ها موجودند، مقدار آنها در چربی‌های زیر نسبتاً زیاد است.

مقدار قابل توجه آن بیشتر در چربی گندم، پنبه دانه، بادام زمینی (آراشید)، روغن زیتون و کره موجود است.

فیزیولوژی و عمل ویتامین F

به‌طوری که آزمایش گردیده اگر مدت یک‌سال حیوانی را از ویتامین F محروم نمایند، باز هم پنجاه درصد ذخیرهٔ کبد باقی می‌ماند. ویتامین F به‌شکل فسفولیپید در بدن ذخیره می‌گردد و به‌تدریج به‌مصرف می‌رسد. ویتامین F احتیاج بدن را به ویتامین E کم می‌کند.

آثار فقدان ویتامین F

اگر موش یا سگ را مدتی از این ویتامین محروم کنند، چنین آثاری در آنها ظاهر می‌شود؛ در ابتدا رشد و نمو کند و سپس متوقف می‌شود. سوخت و ساز بازال بالا می‌رود و موها می‌ریزد. کلیه‌ها فاسدشده، عمل تناسلی از میان می‌رود. همچنین موجب خشکی پوست گردیده و زخم‌های جلدی به‌وجود می‌آید.

منابع ویتامین F

ویتامین F به‌طوری که می‌دانیم عبارت است از اسید چرب سنگین و اشباع نشده که این اسیدهای چرب به‌طور فراوان در مواد غذایی زیر یافت می‌شوند:

پنبه دانه، بادام زمینی، روغن زیتون، کره، روغن کنجد و چربی گندم.

ویتامین K

کشف ویتامین‌ها و آشنایی به خواص شگرف آنها دانشمندان را برآن داشت که در جستجوی ویتامین‌های بیشتری باشند. این فعالیت‌ها و آزمایش‌های علمی بر روی مواد غذایی و کاوش ویتامین در بین دو جنگ بین‌المللی به منتهای شدت رسید. در این دوران دانشمندان تمام کشورها شب و روز در پی ویتامین و خواص آن بودند. در کوپنهاک یکی از دانشمندان به نام «دام» در ۱۹۳۵ متوجه وجود ویتامینی در بدن مرغ گردید که ضد خونریزی بود و آن را ویتامین K نامید (از روی حرف اول کوگولاسیون).
تاکنون دو نوع ویتامین K شناخته شده است ویتامین K_1 و K_2 که فرمول سادهٔ آنها جزئی تفاوت دارد.

ویتامینK در چربی محلول است و تا حدی در برابر حرارت استقامت می‌کند، ولی در مقابل نور حساس بوده، فاسد می‌گردد.

ویتامین K مصنوعی به‌شکل ملح محلول در آب تهیه شده که فرمول شیمیایی آن شباهت زیادی به ویتامین K طبیعی دارد و اثرات هر دو آنها با یکدیگر برابر است.

واحد ویتامین K

یک میلی‌گرم ویتامینK مصنوعی مساوی است با یک واحد بین‌المللی و این مقداری است که انعقاد خون یک جوجهٔ ۷۰ تا ۱۰۰ گرمی را در ظرف ۶ ساعت به‌حال طبیعی می‌آورد. (جوجه‌ای که دچار فقدان ویتامین K شده باشد.)

فیزیولوژی ویتامین K

چون ویتامینK محلول در چربی می‌باشد، لذا برای هضم و جذب آن صفرا لازم است؛ ولی ویتامینK مصنوعی که محلول در آب است، احتیاجی به صفرا ندارد. مقدار کمی ویتامینK در کبد ذخیره می‌شود و این مقدار فقط برای یک هفته احتیاج بدن را تأمین

می‌کند. هرچه هوا گرمتر باشد نیازمندی بدن به ویتامین مزبور بیشتر است. اگر توجه داشته باشیم در هوای گرم و تابستان اشخاص دچار خونریزی به‌خصوص از بینی می‌شوند. این نمونه و نشانهٔ خوبی از کمبود ویتامینK است.

ویتامینK برای انعقاد خون لازم است. زیرا بدون وجود این ویتامین کبد نمی‌تواند پروتئین بسازد. می‌دانیم که پروترومبین در خون تحت تأثیر ترومبوکیناز و کلسیم قرار گرفته و تبدیل به ترومبین می‌شود و این جسم فیبرینوژن را تبدیل به فیبرین می‌نماید که باعث انعقاد خون می‌شود. نوع عمل ویتامینK برای ساختن ترومبین هنوز معلوم نیست؛ مسلم این است که ترومبین جزو ترکیب ویتامین نیست ولی احتمال می‌رود که مانند یک کاتالیزور عمل کند. باید دانست که میکروب‌های روده نیز مقداری ویتامینK می‌سازند.

اثرهای فقدان ویتامین K

اشخاص سالمی که به‌طور صحیح تغذیه می‌کنند، احتیاجی به ویتامین مزبور علاوه بر آنچه در مواد غذایی مصرف می‌نمایند ندارند، ولی در بیماری‌های روده که ممکن است میکروب‌های روده ویتامینK نسازند و یا اینکه ویتامین نامبرده به‌اندازهٔ کافی جذب نشود، در صورتی که عوارض خونریزی موجود باشد و یا برای پیشگیری از عوارض مذکور می‌توان ویتامین مصنوعی تجویز کرد. به زنان حامله چند ساعت پیش از وضع حمل و برای پیشگیری از خونریزی می‌توان دومیلی ویتامین K داد.

مقدار ذخیرهٔ ویتامینK در بدن نوزاد تابع مقداری است که مادر، زمان حاملگی یا شیردهی مصرف می‌کند و از طرفی یک هفته لازم است تا میکروب‌های رودهٔ نوزاد ویتامینK تهیه کنند. این دو علت ایجاب می‌کند که برای پیشگیری از خونریزی نوزاد پس از تولد مقداری ویتامین K (تقریباً دومیلی) از راه تزریق (در عضله) یا خوراکی تجویز نمود. همچنین در مبتلایان به زردی (یرقان) و در اشخاصی که به‌علت مصرف زیاد آنتی‌بیوتیک‌ها به‌خصوص آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی تغییراتی در میکروب‌های رودهٔ آنها پیدا شده است و در اشخاصی که سالیسیلات مصرف می‌کنند، برای پیشگیری از

خونریزی می‌توان مقداری ویتامینK داد.

مقدار لازم: مقدار احتیاج روزانهٔ بدن به ویتامینK هنوز کاملاً معلوم نشده، ولی تجربه‌های بالینی مقدار تقریبی آن را چهار میلی‌گرم در روز تعیین کرده است.

منابع طبیعی ویتامین K

بیشتر در سبزیجات مانند:

جعفری	۶۰	میلی‌گرم
کلم	۲۵	میلی‌گرم
اسفناج	۳۸	میلی‌گرم
گل‌کلم	۱۴	میلی‌گرم
کاهو	۲۱	میلی‌گرم
گوجه‌فرنگی	۱۲	میلی‌گرم
کرفس	۹	میلی‌گرم
لوبیاسبز	۱۱	میلی‌گرم
شاهی یا ترتیزک	۱۴	میلی‌گرم
جگر	۶	میلی‌گرم
قلوه	۲	میلی‌گرم

همچنین در شیر، گوشت و میوه‌ها به مقدار کم وجود دارد.

تأثیر غدّه‌ها در تندرستی

غده‌ها از چه تشکیل شده‌اند؟

غده‌ها از مواد پروتئینی تشکیل شده و در بدن ترشحی می‌کنند که همان هورمون‌ها هستند. این هورمون‌ها هم از مواد سفیده‌ای تشکیل یافته و مایهٔ نشاط و جوانی‌اند. هورمون‌ها به‌طور مستقیم وارد گردش خون شده و فعالیت شیمیایی بدن را اداره می‌کنند. نقص و کمبود یکی از مواد سفیده‌ای می‌تواند مانع اعمال غددی بدن شده و پیری پیش‌رس را برتن آدمی غالب گرداند، به همین جهت است که مقدار کافی املاح معدنی و ویتامین‌ها برای حفظ و نگهداری تعادل عمل غده‌ها لازم و ضروری است. این برحسب تصادف و اتفاق نیست که موجودات خوشبخت و خوشحال و خوشبین زیاد عمر می‌کنند و زندگی کاملاً سعادت‌آمیزی دارند. و برعکس اشخاص افسرده، حسود، عیب‌جو و بدبین، زندگانی پریشان و زاری دارند، تمام این سعادت و خوشبختی یا آن شقاوت و بدبختی، نتیجهٔ طبیعی عمل غده‌های آنهاست. غده‌های بدن باید مرتب و هماهنگ کار کنند و آن هم بسته به آن است که غذای کافی و لازم را به این غده‌ها برسانیم.

تنظیم فعالیت حیات و زندگی و سلامت

علم غده‌شناسی یک علم کاملی شده است که بسیاری از دانشمندان وقت خود را صرف فراگرفتن آن کرده و کتاب‌های زیادی در این موضوع نوشته‌اند.

به عقیدهٔ من، اگر غده‌های داخلی بدن خوب کار کنند و ترشح هورمون آنها کافی باشد، این هماهنگی غدد، همسازی هورمون‌ها را به وجود خواهد آورد که در نتیجه، حیات و سلامتی تا دورترین سلول‌های بدن خواهد رسید.

پیوند ورونوف این حقیقت را به ثبوت رسانیده که تمام غده‌های داخلی به یکدیگر پیوستگی دارند و عمل هرکدام از آنها مؤثر در دیگری است و به همین علت است که

پیوند دانشمند روسی «ورونوف» سلامتی کامل بدن را تأمین می‌کند.

پزشکان و کسانی که دربارهٔ عمل غده‌ها مشغول بررسی و مطالعه هستند، غده‌های نخاعی و تیروئید و تناسلی را مورد توجه قرار داده‌اند و به نظر من لازم است بررسی مختصری دربارهٔ تمام غده‌های مهم بدن داشته باشیم و اینک کیفیت وجود و عمل یکایک آنها را برایتان شرح می‌دهم:

غدّهٔ نخاعی

غدهٔ نخاعی چه عملی در بدن انجام می‌دهد؟

وزن غدهٔ نخاعی یا غدهٔ زیر مغز فقط شش دهم گرم است که درست در عقب بینی و زیر مغز قرار گرفته است. با وجود وزن کم و جثهٔ کوچکی که غدهٔ زیر مغز دارد، به نام اداره کنندهٔ سیستم غددی تمام بدن نیز معروف شده است. زیرا این عضو کوچک دوازده نوع هورمون از خود ترشح می‌کند که وجود آن هورمون‌ها برای سلامتی بدن و عمل مرتب سایر غدد لازم و ضروری است.

یکی از هورمون‌ها کمک به رشد و نمو استخوان‌ها و بافته‌های بدن می‌کند و هورمون تناسلی، فعالیت تخمدان‌ها را تحریک و افزایش می‌دهد. همچنین غدهٔ نخاعی یا زیر مغز، غدهٔ تیروئید و غدهٔ لوزالمعده را که انسولین طبیعی در بدن تهیه می‌کند تحت کنترل و ادارهٔ خود قرار می‌دهد و همین طور در تشکیل چربی و جایی که باید آن چربی به مصرف برسد نظارت و کنترل می‌کند.

عوارضی که بر غدهٔ نخاعی چیره می‌شود چیست؟

یکی از عوارضی که بر غدهٔ نخاعی چیره شده و از فعالیّت سالم و طبیعی آن جلوگیری می‌کند، پیدا شدن چربی زائد در اطراف سینه و روی شکم است که مردان را دچار حالت زنانه می‌کند و زنان را به حالت و اخلاق مردانه در می‌آورد.

اختلال غدهٔ زیر مغز در مردان، باعث کم شدن حجم غدهٔ تناسلی آنها شده و شوق جنسی را در آنان تقلیل می‌دهد و به این ترتیب چنین اشخاصی در خیانت نسبت به غده‌های خود مقصر و مجرم هستند و حالتی که به آنها دست می‌دهد نشانهٔ یک بی‌قیدی است که به دست خود مرتکب آن شده‌اند. یعنی طی سالیان دراز مقدار زیادی مواد چربی و نشاسته‌ای را بلعیده و غده‌ها را به تلاش و زحمت انداخته‌اند، تا اینکه غدد،

مخصوصاً غدهٔ نخاعی، ضعیف و رنجور شده و از فعالیت طبیعی و سالم خود باز ایستاده‌اند.

چارهٔ منحصر به فرد

حالا با این پیشامد، به عقیدهٔ من چارهٔ منحصر به فرد این است که این گونه اشخاص با پیروی از یک رژیم غذایی موزون و متعادل توده‌های چربی را از تن خود دور کرده و غده‌های بدن را به فعالیت طبیعی وادارند.

دکتر «نیوبورگ» یکی از استادان دانشگاه میشیگان به تجربه ثابت کرده است اشخاصی که تنشان پر از پیه و چربی شده و دچار اختلال غددی گردیده‌اند و حتی چاق‌ترین اشخاص دنیا، اگر رژیم غذایی بگیرند، به زودی وزن بدن آنها به اندازهٔ طبیعی می‌رسد و دیگر احتیاجی به معالجهٔ غدد خود ندارند. اشخاص چاق و تنومندی که از چاقی به تنگ آمده و عذاب می‌کشند و شکایت دارند که چاقی آنها در اثر اختلال غددشان است ولی در همان حال بشقاب غذای خود را از خوراکی‌های چرب و سنگین پر کرده و می‌بلعند، عذری بدتر از گناه دارند. زیرا اگر خیال می‌کنند با تزریق چند آمپول که برای معالجهٔ غدهٔ آنها لازم است معالجه خواهند شد تصوّر باطلی می‌کنند. زیرا به فرض اینکه با تزریق این آمپول‌ها غده‌ها معالجه شود، باز چاقی و تنومندی آنها به جای خود باقی مانده و اسباب زحمت و عذاب خواهد بود. به هر حال این آمپول‌ها درد چاقی را علاج نمی‌کند و کمترین اثری بر آن ندارد و تنها شرط معالجهٔ چاقی پیروی از یک رژیم غذایی علمی است.

در زنان، اگر غدهٔ زیر مغز خوب کار نکند عمل تخمدان‌ها را مختل کرده و یائسگی پیش‌رس را به وجود خواهد آورد. در اینجا ذکر این نکتهٔ جالب، ضروری است که اگر عمل غدهٔ تیروئید دچار اختلال شود برعکس غدهٔ نخاعی، باعث عقب‌افتادگی دورهٔ یائسگی خواهد شد.

برای تقویت غدهٔ نخاعی چه غذاهایی بخوریم؟

اکنون که به اهمیّت و تأثیر عمل طبیعی و سالم غدهٔ نخاعی پی بردید، لابد می‌پرسید چه غذایی بخوریم تا این غده تقویت شود و سلامتی خود را حفظ کند؟

غذاهایی که برای تقویت این غده لازم است آنهایی است که در درجهٔ اول دارای مواد

سفیده‌ای کامل باشند؛ مثل، گوشت، تخم‌مرغ، پنیر، شیر مقوی و نیز، دارای املاح منگنز باشند. این املاح در جوانهٔ گندم که پر از ویتامین A است و غدهٔ نخاعی بیش از سایر غدد به این ویتامین نیازمند است، وجود دارد و خلاصه تمام غذاهایی که دارای ویتامین‌های B باشد و بهترین منبع طبیعی آنها ماست، جوانهٔ گندم و مخمر آبجو است برای تقویت غدهٔ نخاعی ضروری است.

غدهٔ تیروئید

غدهٔ تیروئید اگر فاسد و یا قطع شود جوان را پیر خواهد کرد.

غدهٔ تیروئید در جلو گلو و روی حنجره قرار گرفته و اسم دیگر آن غدهٔ حافظ است که این اسم کاملاً با وظیفه‌ای که این غده انجام می‌دهد تطبیق می‌کند. تیروئید در محل تقاطع مراکز روحی و جسمی بدن قرار گرفته و مایعی که ترشح می‌کند وارد جریان خون شده و به تمام اعضای بدن می‌رسد.

اگر غدهٔ تیروئید در بدن جوانی، فاسد شده و از بین برود و یا به وسیلهٔ جراحی قطع گردد، به زودی آن جوان تمام مظاهر جوانی را از دست داده و به صورت پیری از کار افتاده تغییر شکل خواهد داد.

دکتر «کریل» یکی از کسانی است که بیش از همهٔ دانشمندان دربارهٔ اهمیّت غدهٔ تیروئید مطالعه و بررسی کرده و این موضوع را کشف نموده که فعالیت و تولید نسل، بسته به هورمون‌هایی است که غدهٔ تیروئید ترشح می‌کند.

اگر غدهٔ تیروئید ضعیف و یا تنبل باشد غده‌های تناسلی را کم‌کار می‌کند ولی اگر برعکس، آن غده فعالیت داشته و هورمون کافی ترشح کند، غده‌های تناسلی نیز به کار و فعالیت می‌افتند.

یکی از کارهای مهم غدهٔ تیروئید در بدن که می‌توان از مهمترین اعمال آن دانست، سوزاندن مواد چربی است. برعکس اختلال غدهٔ نخاعی که فقط چربی در سینه و شکم جمع می‌شود، اگر غدهٔ تیروئید مختل شود و خوب کار نکند در همهٔ اعضای بدن پیه و چربی انبوه می‌گردد.

هورمونی که غدهٔ تیروئید ترشح می‌کند و متابولیسم بدن را مرتب کرده و احتراق چربی را کنترل می‌نماید به نام (تیروکسین Thiroxine) نامیده می‌شود. این هورمون از مواد یدی تشکیل یافته و احتیاج زیادی به ید دارد و اگر ید، در بدن کم شود تولید

بیماری‌هایی از گواتر ساده گرفته تا (میکسدم Myxedeme) می‌کند.

قسمتی از امراض روحی و همچنین اختلال حافظه و احتیاج دائم به خواب از عوامل کامل تغذیهٔ بد و ناقص از لحاظ غدهٔ تیروئید است.

سرچشمهٔ زیبایی در کجاست؟

غدهٔ تیروئید اعمال مهمی را به عهده دارد و انجام می‌دهد و به همین جهت است که دانشمندان سرچشمهٔ زیبایی را در خوب کارکردن این غده دانسته‌اند.

اگر کسی بخواهد موهایش برق و جلای طبیعی داشته و هیچ‌وقت نریزد و ناخن‌هایش محکم و قشنگ باشد، رنگ پوستش لطافت و درخشندگی داشته باشد، باید به خوب کار کردن غدهٔ تیروئید خود توجه کند و این سرچشمهٔ زیبایی را حفظ و حراست نماید.

برای خوب کار کردن این غده و در نتیجه حفظ زیبایی در بدن، باید به کیفیت تغذیه توجه کرد. اگر غذای ناموزون و نامناسبی مصرف شود به زودی روی این غدهٔ حساس، اثر کرده و آثار زننده‌ای بر روی مو و ناخن و رنگ پوست به ظهور خواهد رسانید.

اختلال و بیماری غدهٔ تیروئید بیش از همه بر روی اعصاب اثر کرده و حالت عصبانیت شدیدی ایجاد می‌کند که اگر دیر به فکر چاره افتند عواقب وخیمی به بار خواهد آورد.

خوشبختانه، امروز اطلاعات و معلومات ما، دربارهٔ عمل این غده و اختلالاتی که بر آن چیره می‌شود زیاد است. در گذشته بسیاری از بیماری‌های غدهٔ تیروئید را غیرقابل علاج می‌دانستند، ولی امروز به آسانی می‌توان آنها را با اصول جدید معالجه و مداوا کرد.

ید، غذای طبیعی غدهٔ تیروئید است

برای اینکه غدهٔ تیروئید به آسانی و به طور طبیعی کار کند، قبل از هر چیز باید ذخیرهٔ مرتب و کافی یدی آن را فراهم کرد. زیرا این غده بدون وجود این ماده نمی‌تواند کار کند و در نتیجه زود خسته و رنجور شده و پیری پیش از وقت ما را از پای در می‌آورد.

اگر به اندازهٔ کافی ید به بدن ما نرسد عضلات ما شُل و سست می‌شود، مغز ما روز به روز ضعیف و تنبل می‌گردد و به هیچ چیز عشق و علاقه پیدا نمی‌کنیم و رفته‌رفته کاهل و ابله می‌شویم و دائماً از سرما شکایت کرده و می‌لرزیم.

دکتر «روسل ویلدر» پزشک مؤسسهٔ مایو در امریکا عده‌ای از مردان و زنان را تحت آزمایش قرار داد و از غذای آنها ویتامین B_1 را کم کرد. بعد از چندی در کیفیت وضع مزاجی آنان دقیق شد و کشف کرد که با کم کردن ویتامین B_1 از غذای این اشخاص فعالیت غدهٔ تیروئید آنان رو به کاهش گذاشته و متابولیسم آنها پایین آمده است و بعد که به آنها (جوهر تیروئید Exrait De Thyroide) خوراند، دید که این ماده تا وقتی ویتامین B_1 به آنها داده نشود در به کار انداختن طبیعی غدهٔ تیروئید هیچ‌گونه اثری ندارد و همین که ویتامین B_1 خالص را به آنها داد تیروئید آنها به کار افتاد و سلامتی آنان اعاده شد.

به طور قطع، هم اکنون بسیاری از بیماران که دچار اختلال تیروئید شده‌اند، اگر به جای جوهر تیروئید ویتامین B_1 مصرف نمایند، به زودی تمام آن اختلالات برطرف شده و سلامتی مجدد خود را به دست خواهند آورد. زیرا این موضوع بارها به مرحلهٔ آزمایش و عمل گذاشته شده و نتایج مثبت و قطعی از آن به دست آمده است.

چه غذاهایی باید مصرف کرد؟

در اینجا، شاید بپرسید که برای سلامت بدن و خوب کار کردن غدهٔ تیروئید چه غذاهایی را باید مصرف کرد تا موادی که برای آن لازم است دارا باشد. غذاهای اصلی که برای سلامتی و خوب کار کردن تیروئید باید مصرف کرد، در درجهٔ اول غذاهایی است که دارای مواد سفیده‌ای کامل باشد مثل گوشت، تخم‌مرغ، پنیر و شیر مقوّی و همچنین غذاهایی که دارای مقدار کامل ید باشد مثل میگو یا ملخ دریایی، صدف، ماهی آزاد، ترب و تربچه، گوجه فرنگی، شاهی، روغن کبد ماهی و نمک یددار.

همچنین غذاهایی که دارای انواع ویتامین‌های B هستند از قبیل مخمر آبجو، جوانهٔ گندم، ماست، ملاس سیاه. برای نمک طعام، نمک یددار مخصوصاً نمک نباتی مخلوط با «ید» را تهیه نمایید تا به این وسیله در دوران عمر دراز و طولانی خود جوان و شاداب و با نشاط زندگی کنید.

غده‌های پاراتیروئید

غده‌های ورای تیروئید یا پاراتیروئید چهار غدهٔ کوچکی هستند که در طرفین غدهٔ تیروئید قرار گرفته‌اند و وزن تمام آنها فقط نیم گرم است ولی چون اعمال مهمی در بدن ما انجام می‌دهند این است که جلب توجه کرده و در اینجا اهمیّت کار آنها برایتان شرح داده می‌شود.

غده‌های پاراتیروئید در بدن حافظ تهیه و پخش کلسیم هستند و از جایی این کلسیم را استخراج کرده و به جایی که لازم است می‌رسانند و خلاصه سوراخی را باز کرده و منبع کلسیم را از آن خارج می‌کنند و سوراخ دیگری را بسته و مواد کلسیمی را در آنجا محفوظ نگه می‌دارند.

اگر مقدار کلسیم خون کم شود فوراً بیماری گریپ و زکام و آسم و ضعف عضلات به ما دست می‌دهد و چنانچه مقدار کلسیم و فسفر در خون بی‌نهایت کم شود بیماری عصبانیّت مزمن بر وجود ما غلبه می‌یابد، پس برای حفظ و آرامش اعصاب و سلامتی کامل بدن باید خون ما ذخیرهٔ کافی کلسیم داشته باشد.

کوچک ولی فوق‌العاده مهم و مؤثّر

چون غده‌های پاراتیروئید که بی‌اندازه کوچک و سبک وزن هستند این وظیفهٔ سنگین و مهم را به عهده دارند، باید غذای کافی به آنها رسانیده و غذاهایی مصرف نمود که دارای مقدار کافی کلسیم باشد و در این مورد شیر مقوی و پنیر غذای طبیعی و سرشار از کلسیم هستند.

قرص کلسیم مخلوط با ویتامین D مصرف کنید، زیرا اگر کلسیم بدون ویتامین D مصرف شود، بدن آن را هضم و جذب نمی‌کند.

فراموش نکنید که آفتاب بهترین منبع طبیعی و قوی ویتامین D است و در آینده راجع به حمام آفتاب و اینکه چگونه باید از آن استفاده کرد به تفصیل برایتان شرح خواهم داد.

غده‌های فوق کلیوی

غده‌های فوق کلیوی دو تا هستند و هر یک از این دو غده در حدود پانزده گرم یعنی سه مثقال وزن دارند و به شکل کلاهی بر روی کلیه‌ها قرار گرفته‌اند. غده‌های فوق کلیوی، هورمونی به نام آدرنالین تولید می‌کنند و به نام غدهٔ آدرنال نیز معروف هستند.

وقتی انسان در مقابل یک حادثهٔ وحشتناک خود را باخت و متأثّر شد هورمون آدرنالین وارد خون می‌شود و قوای ما را در مقابل اثرات شوم آن حادثه حفظ می‌کند. اگر این غدد خوب کار نکنند و در برابر اثرات شوک، هورمون آدرنالین به اندازهٔ کافی وارد خون نسازند به زودی یک حالت ضعف و سستی ما را فرا خواهد گرفت و نخواهیم توانست در مقابل مصائب ناگوار و غیرمترقبه و حوادث زندگانی مقاومت نماییم.

به طور خلاصه باید بگوییم غدد فوق کلیوی توانایی دارند از سموم خطرناکی که در بدن تولید می‌شود جلوگیری کنند و آثار آن را خنثی سازند. با وجود اینکه علم و دانش پزشکی تاکنون موفق نشده است تمام اسرار کار این غدد را فاش کند و ما تاکنون به تمام رموز کار آن آگاهی نیافته‌ایم، با این حال ما می‌دانیم، نیکوتین و سرب و مواد شیمیایی دیگری، مضر به حال این غدد هستند و همچنین غذایی که از جهت مواد مغذّی و جذب شدنی متعادل نباشد به طور قطع آثار بدی در سلامت این غدد دارد.

من و شما بسیاری از اشخاص را دیده‌ایم و می‌بینیم که هنوز در مراحل جوانی هستند و موهای سرشان خاکستری و به قول معروف فلفل نمکی می‌شود. این سفیدی موی بی‌موقع در این اشخاص علامتی از بدکار کردن غدد فوق کلیوی در بدن آنهاست. پس برای حفظ سلامتی غده‌های فوق کلیوی باید به غذای خودمان حداکثر مواد سفیده‌ای و به مقدار کافی نمک و همچنین ویتامین‌های A و C و مخصوصاً تمام ویتامین‌های دستهٔ B را وارد کنیم، زیرا ویتامین C در دفع سموم و ویتامین A در جلوگیری از احتقان خون و ویتامین‌های B برای تولید آدرنالین تأثیر بسیار مهمی در غدد فوق کلیوی دارند.

غدهٔ لوزالمعده

غدهٔ لوزالمعده هورمونی می‌سازد به نام انسولین که قند و (گلیکوژن Glycogene) یا نشاستهٔ حیوانی را هضم و ذخیره کرده و احتیاج بدن را رفع می‌کند. یعنی وسیله می‌شود تا بدن بتواند به اندازهٔ کافی قند ذخیره کند. وقتی غدهٔ لوزالمعده اختلالی یافته و بیمار گردد دیگر نمی‌تواند انسولین ترشح بکند و در نتیجه قند وارد ادرار شده و دفع می‌گردد و تولید بیماری دیابت یا قند می‌کند.

این غدهٔ حیاتی و مهم که به شکل خوشه‌ای است، چندین سانتیمتر طول دارد و در وسط حفرهٔ شکم واقع شده است و علاوه بر ترشح هورمون انسولین، مواد حلاّله‌ای یا آنزیم تولید می‌کند. بعد آن مواد را به قسمت فوقانی رودهٔ بزرگ می‌رساند و در تسهیل هضم و تحلیل مواد سفیده‌ای و مواد چربی و قند و نشاسته کمک مؤثری می‌نماید.

با اینکه هنوز به طور دقیق و کامل علت یا علّت‌های بیماری قند را نمی‌دانیم ولی می‌دانیم که اسراف و زیاده‌روی در مصرف مواد قندی و چربی غدهٔ لوزالمعده را از کار انداخته و از ترشح معده و تولید انسولین جلوگیری می‌کند. مقدار کافی تمام ویتامین‌های B غذایی است که برای تقویت و به کار انداختن غدهٔ لوزالمعده و ساختن انسولین طبیعی کمک می‌کند. پس موادی که دارای ویتامین B می‌باشد باید در غذای روزانه خود وارد کنیم و این مواد عبارت است از ماست، جوانهٔ گندم و مخمر آبجو که هر روز یک فنجان کوچک جوانهٔ گندم و یک قاشق پر سوپخوری مخمر آبجو (اگر به شکل گرد باشد) باید مصرف کرد. زیرا این دو غذا هیچ‌گونه مواد نشاسته‌ای ندارد، می‌تواند به خوبی کسالت فردی را که مبتلا به بیماری قند و دیابت است شفا دهد.

غده‌های تناسلی

«والت ویتمان» گفته است: «کسی که قوهٔ جنسی ندارد قوای زندگانی ندارد.» در حقیقت هم محال است اهمیّت قوهٔ جنسی و یک زندگانی معتدل تناسلی را انکار کنیم. با وجود این بسیاری از اشخاص می‌توانند درک کنند که غده‌های تناسلی اعمال دیگری هم در بدن انجام می‌دهند که سلامتی و نشاط زندگانی را در بر دارد.

دکتر «استینباخ» اتریشی می‌گوید:

«غده‌های تناسلی در زن و مرد، دو عمل مشخص و متفاوت انجام می‌دهند که یکی داخلی است و دیگری خارجی.»

عمل خارجی غده‌های تناسلی زن یا مرد تولید و ترشح مایع و هورمون‌هایی است که همه می‌دانند برای تولید مثل به کار می‌رود، ولی عمل داخلی غده‌های تناسلی مربوط به نشاط و سر زندگی بدن ماست و ادامهٔ این نشاط است که در نیمهٔ دوم عمر ما، موجبات خوشبختی را فراهم می‌آورد.

پیوند دکتر استینباخ چیست؟

دکتر استینباخ این اصل مسلم را مورد توجه قرار داد و نسبت به بیماران سالخوردهٔ خود به مرحلهٔ اجرا گذاشت و اجرای این عمل نه تنها در اتریش بلکه در سراسر جهان انقلابی بر پا نموده و طرفداران بسیاری پیدا کرده است.

عمل دکتر استینباخ که به نام خودش معروف شده و اجرای آن نسبت به مردان بسیار ساده است عبارت از بستن کامل مجرایی معروف به (کانال ناقل منی) می‌باشد. به این وسیله مسیر ترشحات را از مجرای اصلی خود منحرف کرده و به داخل بدن می‌رساند تا به مصرف ازدیاد قوا و نشاط بدن برسد.

عمل جراحی دکتر استینباخ بیش از بیست دقیقه طول نمی‌کشد و بسیاری از

سالخوردگان که تحت این عمل جراحی قرار گرفته‌اند پس از آن، در حال عمومی خود تغییرات محسوسی دیده و خود را با نشاط و جوان یافته‌اند.

با وجود اینکه اصل عمل جراحی دکتر استینباخ را برایتان شرح دادم بیش از این وارد کیفیت عمل آن نمی‌شوم و توضیح جزئیات آن را به عهدهٔ پزشکان متخصّص می‌گذارم. در مقابل وسیله مطمئنی را که برای حفظ سلامتی غده‌های تناسلی لازم است شرح می‌دهم.

وسیلهٔ مطمئن

این وسیلهٔ مطمئن و قطعی، رژیم و کیفیت تغذیهٔ ما از جهت مواد غذایی لازم است تا کاملاً از سلامتی کار غده‌های تناسلی مثل سایر غده‌های بدن حفظ و نگهداری بکند. وقتی اختلالات تغذیه و جذب مواد غذایی برطرف شود حالت عمومی بدن رو به بهبود گذاشته و نشاط و سر زندگی دوباره پیدا می‌شود و شخص احساس می‌کند که قوای تناسلی او هم به فعالیت افتاده است. نباید فراموش کنیم که سلامتی غده‌ها بستگی تمام به ذخیرهٔ کامل مواد سفیده‌ای، ویتامین‌های A و C و E و تمام ویتامین‌های دستهٔ B مخصوصاً اسیدهای پانتوتنیک و پاراآمینوبنزوئیک و فولیک دارد. مردم بلغارستان عمر طولانی می‌کنند و تا پایان عمر خویش از قوای جنسی کامل برخوردارند، علت این طول عمر و بقای قوهٔ جنسی آنان مربوط به عادت تغذیهٔ آنهاست که همراه با غذاهای روزانهٔ خویش زیاد ماست می‌خورند.

ماست غذای با ارزشی است که وقتی باسیل‌های مفید آن وارد معده و روده‌ها می‌شود، ویتامین‌های B را در جدار رودهٔ بزرگ جمع کرده و به مصرف بدن می‌رساند.

امّا دربارهٔ ویتامین A که برای سلامتی تخمدان‌ها تأثیر دارد باید بگویم که این ویتامین دورهٔ قاعدگی را در خانم‌ها مرتب می‌کند و ویتامین E هم برای تولید منی در مردان لازم است.

نقص و کمبود یکی از ویتامین‌های دستهٔ B باعث ضعف و اختلال عمومی غده‌های تناسلی می‌شود و مخصوصاً وقتی ویتامین B اسید پانتوتنیک در غذا نباشد و به بدن نرسد اختلال غده‌ها شدید می‌شود و به همین ترتیب اگر به بدن به اندازهٔ کافی آهن یا

ویتامین C نرسد فعالیت جنسی رو به تقلیل خواهد رفت.

همچنین ویتامین E تأثیر مهمی بر روی غده‌های تناسلی دارد و نقص آن اشتهای جنسی را از بین می‌برد و در مردان موجب عقیم‌شدن کامل می‌گردد.

زنانی که تخمدان‌هایشان به خوبی کار نمی‌کند بعد از چهل سالگی طبقه‌ای پیه و چربی در ناحیهٔ سینه و ران‌هایشان جمع می‌شود که اگر بخواهند خود را معالجه کنند، علاوه بر معالجهٔ غددی باید از رژیم لاغری که بعد برایتان شرح خواهم داد پیروی کنند.

نگرانی و عصبانیت مردان سالخورده

مردان مخصوصاً مردانی که پا به سالخوردگی گذاشته‌اند، اغلب اضطراب و اندوهی در خود احساس می‌کنند که سرچشمه و علت اصلی آن ناتوانی جنسی است. این حالت نگرانی و اندوه همیشگی آنان و همچنین فشار عصبی که در خود حس می‌کنند در نتیجهٔ کمبود ویتامین B به وجود می‌آید. همچنین بسیاری از مردان در مسائل جنسی دارای معلومات سطحی و اشتباهی هستند که همین موضوع یکی از علل بزرگ نگرانی و عصبانیت دائمی آنها می‌شود. بسیاری از آنان تصور می‌کنند که یک حیات پر فعالیت جنسی مخصوص دوران جوانی است و هر کس پا به سن گذاشت باید آن دوران پر جوش و خروش را وداع گوید، حال آنکه برخلاف تصور این دسته آمار پزشکی مسلم می‌کند که میل به مقاربت و توانایی جنسی و تولید منی تا سالیان دراز می‌تواند دوام داشته باشد.

محرومیت از فعالیت جنسی نتیجهٔ عوارض عصبی و بی‌میلی و پرهیز اجباری است.

میل و احساس جنسی

به طور خلاصه باید بگوییم که احتیاج جنسی بستگی به قدرت و سلامت جسمی و عصبی هر کس دارد و به طور محقق نمی‌توان طریقه‌ای را تعیین کرد که هر کس طبق آن در زندگی جنسی ابراز فعالیت کند. میل و احساس جنسی بسته به تولید و ترشح مایعات داخلی غدد تناسلی است. غده‌ها ترشحات خود را در خون پخش می‌کنند که مقدار این ترشحات بسته به مواد جذب شدنی و قابل هضمی است که خورده می‌شود، موادی که برای حفظ سلامتی تخمدان‌ها و بیضه‌ها لازم است. اشخاصی که مجبور می‌شوند غذای

غیر مقوی بخورند اقرار می‌کنند که احساس جنسی در آنها رفته‌رفته ضعیف شده و به خواب می‌رود. این موضوع بارها در اردوگاه اسیران جنگی که از لحاظ غذای مقوی در تنگنا و مضیقه بوده‌اند به ثبوت رسیده است.

حیواناتی که در آزمایشگاه تحت امتحان قرار گرفته‌اند نیز این نکته را به ثبوت رسانده‌اند که اگر غذای آنها را از لحاظ مواد سفیده‌ای و مخصوصاً چند اسید آمینه کم کنند، به زودی احساس تناسلی آنها ضعیف شده و جفت‌گیری آنها متوقف می‌ماند. اگر به همین حیوانات غذایی که از لحاظ مواد سفیده‌ای کامل و غنی باشد بدهند به زودی توانایی جنسی پیدا کرده و جفت‌گیری خود را آغاز می‌کنند.

هر وقت یکی از غده‌های شما خوب کار نکند فوراً خودتان را به یک رژیم غذایی که از لحاظ تمام مواد غذایی و جذب شدنی کامل باشد عادت دهید.

رژیم‌ها

برای تندرستی و تنظیم فعالیت و سوخت و ساز بدن ضرورت دارد رژیم‌های غذایی را بشناسیم و در مواقع لازم رعایت کنیم. در اینجا به طور خلاصه این رژیم‌ها را ذکر می‌کنیم:

رژیم برای چاق شدن یا درمان لاغری

۱ـ مواد قندی و نشاسته‌ای

غلات، نان‌های مختلف، جوانهٔ گندم، جو روسی، برنج، ماکارونی، شیرینی‌های خشک و تازه، مواد قندی گوناگون.

۲ـ سبزیهای خام

همه نوع سبزیجات خوب است.

۳ـ میوه‌ها

انواع میوه، سیب، گلابی، هلو و انگور

آنها که بیشتر باعث چاقی می‌شوند؛ خرما، انجیر (خشک و تازه)، زیتون و انواع خشکبار.

۴ـ سبزیجات تازه و پخته

هویج، کنگر، قارچ، بادمجان، کلم، مارچوبه، لوبیاسبز و گل کلم.

۵ـ حبوبات

همه نوع حبوبات خوب است، به شرط خوب پخته شدن آنها.

۶ـ لبنیات

شیر به هر صورت روزی یک لیتر، پنیر همه نوع (البته پنیر کهنه بهتر است.)، کره، سرشیر و خامه.

۷ـ تخم‌مرغ

تخم‌مرغ بسیار نافع است به هر صورت؛ خام، عسلی، پخته شده یا مخلوط با غذا.

۸ـ حیوانات دریایی

ماهی‌های مختلف (البته ماهی چرب بهتر است.) بعضی خوراک خرچنگ می‌خورند که بسیار خوب است.

۹ـ سیب‌زمینی

انواع مختلف آن به هر صورت که تهیه شود در تأمین چاقی مؤثّر است و به صورت سرخ شده بهتر است.

۱۰ـ گوشت‌ها

گوشت قرمزِ گوسفند، گاو، گوساله و گوشت پرندگان (البته گوشت‌های چرب نتیجه‌بخش‌تر است.) جگر گوسفند و گوساله بسیار خوب است.

رژیم و اغذیهٔ مخصوص مادران شیرده

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی

انواع نان‌ها، انواع ماکارونی، برنج به صورت‌های مختلف، جوانهٔ گندم، جو روسی و شیرینی‌های مختلف.

۲ـ انواع سبزیجات خام و آب سبزیجات

۳ـ انواع میوه‌ها، آب میوه و میوه‌های خشک

۴ـ لبنیات

شیر به مقدار زیاد، پنیر، کره و ماست

۵ـ سبزیجات پخته شده و تازه به هر شکل

۶ـ همه نوع حبوبات خشک به خصوص عدس، لوبیا، نخود

۷ـ تخم‌مرغ به هر صورت، ولی عسلی و خام آن بهتر است.

۸ـ ماهی‌ها و حیوانات دریایی چون خرچنگ و صدف.

۹ـ سیب‌زمینی به هر صورت و به هر نوع خوب است.

۱۰ـ گوشت گوسفند و گاو و جگر سفید (گوشت پرندگان، خرگوش، گوشت‌های سس‌دار و گوشت شکار ممنوع است.)

رژیم برای کسانی که بیماری و نارسایی کبد دارند

۱ـ مواد قندی و نشاسته‌ای

نان معمولی، برنج، ماکارونی و بیسکویت

۲ـ سبزیجات خام

سبزی‌ها و آب سبزیجات، سالادهای بدون ترشی، شاهی یا ترتیزک، هویج‌رنده شده.

(از خوردن خیار، خیارشور و خیارترشی پرهیز نمایند.)

۳ـ میوه‌ها

انواع میوهٔ تازه، آب‌میوه، کمپوت.

(از مصرف شاه بلوط و خشکبار خودداری شود.)

۴ـ لبنیات

شیر رقیق، شیر خشک بی‌چربی، پنیر تازه.

(شیر غلیظ، ماست چکیده، شیر معمولی، خامه و پنیر کهنه ممنوع است.)

۵ـ سبزیجات تازه و پخته

سبزیجات تازهٔ آب‌پز بسیار خوب است.

(سبزیجات سرخ شده، لوبیا سبز و نخود فرنگی ممنوع است.)

۶ـ حبوبات

حبوبات آب‌پز یا مخلوط با غذا

۷ـ تخم‌مرغ

فقط گاهی عسلی یا خام

(انواع آن در غذا به صورت املت و نیمرو مصرف نشود.)

۸ـ ماهی‌ها

ماهی بی‌چربی و لاغر و آب‌پز

(ماهی دودی، ماهی چرب، صدف، مارماهی یا ماهی سرخ کرده ممنوع.)

۹ـ سیب‌زمینی

سیب‌زمینی آب‌پز و یا پورهٔ آن بدون کره

(از سیب‌زمینی سرخ کرده یا سس‌دار استفاده نشود.)

۱۰ـگوشت

گوشت قرمز و سفید (پرندگان) به صورت کبابی و آب‌پز.

(گوشت شکار و گوشت‌های چرب، گوشت خوک، جگر گاو و گوساله و پرندگان چرب ممنوع است.)

رژیم برای رشد و نمو کودکان

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی

انواع نانها، برنج، ماکارونی، جوانهٔ گندم و ماش، جو روسی، انواع شیرینی و بیسکویت

۲ـ انواع سبزیجات خوراکی یا آب سبزیجات

۳ـ همه نوع میوه و در هر فصل چه به صورت تازه و چه خشک

۴ـ انواع لبنیات؛ شیر، کره، سرشیر، خامه، ماست، پنیر به هر صورت

۵ـ انواع سبزیجات پخته شده در غذا

اغذیهٔ مخصوص سالمندان

۱ـ مواد قندی و نشاسته‌ای

انواع ماکارونی، برنج، شیرینی‌های خشک، بیسکویت، جوانهٔ گندم

۲ـ سبزیجات خام

سالادهای مختلف بدون ترشی، کرفس، گوجه فرنگی، هویج، کاهو (بهتر است خیارشور و خیارترشی مصرف نشود.)

۳ـ میوه‌ها

انواع میوه به صورت تازه و کمپوت، آبمیوه و انجیر و خرما (به علت وجود منیزیم) بسیار خوب است. (مصرف خشکبار بهتر است کمتر شود.)

۴ـ لبنیات

شیر، ماست، پنیرتازه، کرهٔ تازه. (ماست چکیده و خامه ممنوع.)

۵ـ سبزیجات پخته

انواع سبزی پخته در غذا و سالادها، ترتیزک، کلم، هویج، بادمجان و قارچ

۶ـ حبوبات

همه نوع آن در غذا یا به صورت پوره

۷ـ تخم‌مرغ

تخم‌مرغ فقط به صورت عسلی یا تازه

(املت، نیمرو و سس‌دار ممنوع است.)

۸ـ ماهی

ماهی لاغر بدون چربی، ماهی قزل‌آلا (یک یا دو مرتبه در هفته).

(صدف، ماهی‌خشک، ماهی دودی و سایر حیوانات دریایی مصرف نشود.)

۹ـ سیب‌زمینی

سیب‌زمینی آب‌پز، پوره و تنوری

(سیب‌زمینی سرخ شده و سس‌دار ممنوع است.)

۱۰ـ گوشت

گوشت قرمز گوسفند، گاو، گوساله، ۲ یا ۳ مرتبه در هفته، گوشت پرندگان سه دفعه در هفته (سایر گوشت‌ها ممنوع است.)

رژیم برای کسانی که دچار روماتیسم و دردهای مفصلی هستند

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی

نان‌های بی‌نمک، ماکارونی، برنج، سوپ، آرد، شیرینی‌های خشک و بیسکویت.

۲ـ سبزیجات خام

انواع سبزی تازه به صورت خام در غذا و آب‌پز

۳ـ میوه‌ها

انواع میوه به صورت تازه و کمپوت یا آبمیوه

(خشکبار و شاه بلوط ممنوع است.)

۴ـ لبنیات

شیر و پنیر تازه، ماست چکیده، کره

(از پنیر کهنه، ماست‌های ترش شده و سرشیر استفاده نشود.)

۵ـ سبزیجات تازه و پخته
گوجه‌فرنگی، بادمجان، ترشک
(قارچ سرخ‌کرده ممنوع و به طور کلی سبزی سرخ شده ممنوع است.)
۶ـ حبوبات
فقط به صورت مخلوط با کره و پورهٔ صاف کرده می‌توان مصرف کرد.
۷ـ تخم‌مرغ
فقط هفته‌ای یکی به صورت خام یا عسلی
(نیمرو، املت، تخم‌مرغ پخته شدهٔ سفت ممنوع است.)
۸ـ ماهی و حیوانات دریایی
ماهی لاغر، قزل‌آلا و ماهی آزاد به صورت آب‌پز یا کبابی
(ساردین، ماهی چرب و سرخ شده یا سایر حیوانات دریایی خوب نیست.)
۹ـ سیب‌زمینی
به صورت تنوری و آب‌پز
(سیب‌زمینی سرخ شده مصرف نشود.)
۱۰ـ گوشت
گوشت قرمزِ گوسفند، گاو، گوساله به شکل کبابی یا آب‌پز، گوشت پرندگان آب‌پز و کباب شده.
(گوشت‌های سرخ شده، پرندگان چرب، گوشت خوک ژامبون، گوشت‌های کنسرو، کالباس، گوشت شکار، جگر گوساله، جگر گاو و گوشت‌های سس‌دار ممنوع است.)

مبتلایان به بیماری‌های قلب

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی
بیسکویت، نان بی‌نمک، برنج، ماکارونی، شیرینی‌های خشک
(نان‌های چرب و نمک‌دار ممنوع است.)
۲ـ سبزیجات خام
جعفری، تره، شاهی، سبزیجات نازک، هویج، کاهو و کرفس خوب است.

۳ـ میوه
انواع میوه‌جات و آبمیوه و کمپوت
(میوه‌جات خشک ممنوع)
۴ـ لبنیات
شیر خشک بی‌نمک، شیر معمولی، پنیر تازه
(شیر چرب، پنیر کهنه و خامه ممنوع است.)
۵ـ سبزیجات تازه و پخته
سالادهای پخته و سبزیجات آب‌پز
(بادمجان، قارچ، گوجه‌فرنگی، ترشک ممنوع است.)
۶ـ حبوبات
به صورت پوره و مخلوط با آرد
(از عدس، لپه، لوبیا و نخودچی پرهیز شود.)
۷ـ تخم‌مرغ
تخم‌مرغ به صورت خام و عسلی و سفت
(املت، نیمرو و مخلوط با غذا و سس‌دار ممنوع است.)
۸ـ ماهی و حیوانات دریایی
فقط ماهی لاغر و کم‌چربی به صورت کبابی
(ماهی چرب، صدف، مول، مارماهی، ماهی سرخ‌کرده و خرچنگ خوراکی استفاده نشود.)
۹ـ سیب‌زمینی
به هر شکل بدون مانع است، البته آب‌پز و تنوری آن بهتر است.
۱۰ـ گوشت
گوشت قرمزِ کم‌چربی و گوشت پرندگان خوب است.
(گوشت خرگوش، پرندگان چرب، خوک، جگر، دل و قلوه، ژامبون و گوشت سس‌دار ممنوع است.)

رژیم بیماران مبتلا به نفریت یا ورم کلیه

۱ـ مواد قندی و نشاسته‌ای

نان بی‌نمک، ماکارونی، برنج بی‌نمک، بیسکویت، شیرینی‌های ساده، نان‌های معمولی

(شیرینی‌های کرم‌دار ممنوع)

۲ـ سبزیجات خام

سبزیجات نازک و سبز، آب سبزیجات، جعفری، شاهی، کاهو

۳ـ میوه‌ها

انواع میوه به صورت کمپوت و آبمیوه

(خشکبار، گردو، شاه بلوط، پسته و فندق ممنوع است.)

۴ـ لبنیات

شیر تازه، ماست تازه و چکیده، پنیر تازه و بی‌نمک

(پنیر کهنه و نمک‌دار، سرشیر و شیر غلیظ خوب نیست.)

۵ـ سبزیجات تازه و پخته

انواع سبزیجات آب‌پز

(اسفناج و سبزی سرخ‌شده ممنوع است.)

۶ـ تخم‌مرغ

(تخم‌مرغ به طور کلی ممنوع است، چه در غذا و به مقدار کم و چه به صورت‌های مختلف.)

۷ـ حبوبات

فقط به صورت پوره مخلوط با آب

(حبوبات در غذا ممنوع است.)

۸ـ ماهی‌ها و حیوانات دریایی

ماهی لاغر، ماهی قزل‌آلا، فقط به صورت سوپ و کبابی.

(ماهی چرب و مارماهی، صدف، خرچنگ خوراکی، ماهی سرخ‌شده و دودی، ماهی خشک یا نمک‌دار ممنوع است.)

۹ـ سیب‌زمینی
به صورت آب‌پز، تنوری، پوره (بی‌نمک)
(سرخ‌شده و سس‌دار مصرف نشود.)
۱۰ـ گوشت
گوشت قرمز فقط کبابی با دستور طبیب، گوشت پرندگان لاغر به‌شکل کبابی، آب‌پز، سوپ.
(پرندگان چرب، گوشت خوک، گوشت شکار و گوشت سس‌دار ممنوع است.)

رژیم برای کسانی که دچار یبوست هستند
۱ـ مواد قندی و نشاسته‌ای
نان جو، سیاه، ماکارونی، نان معمولی سنگک یا تافتون، نان سفید، نان‌های شیرینی مختلف.
۲ـ سبزیجات خام
سالاد بدون سس، آب سبزیجات، تمام سبزی‌های خام مثل کرفس، کاهو، خیار، جعفری، تره، گشنیز، ترتیزک و... البته باید شخص دچار کولیت (قولنج معدی) نباشد.
۳ـ میوه‌ها
تمام میوه‌های تازه، کمپوت میوه و آبمیوه
(شاه بلوط و خشکبار ممنوع است.)
۴ـ لبنیات
شیر خشک بدون چربی، شیر رقیق، پنیر تازه
(شیر چرب، کرم و خامه، پنیر کهنه ممنوع است.)
۵ـ سبزیجات تازه و پخته
همه نوع سبزیجات تازهٔ پخته شده خوب است.
۶ـ حبوبات
حبوبات به مقدار کم و به صورت پوره

۷ـ تخم‌مرغ

تخم‌مرغ به صورت عسلی و خام

(تخم‌مرغ به صورت املت، سفت، نیمرو و یا سس‌دار ممنوع است.)

۸ـ ماهی و حیوانات دریایی

ماهی لاغر، به صورت سوپ ماهی، کباب ماهی، ماهی قزل‌آلا، ماهی آزاد، ماهی سفید.

(ماهی چربی‌دار، مارماهی، خرچنگ خوراکی و صدف ممنوع است.)

۹ـ سیب‌زمینی

سیب‌زمینی اجاقی، آب‌پز، پوره

(سیب‌زمینی سرخ کرده و سس‌دار ممنوع است.)

۱۰ـ گوشت

گوشت قرمز چون گوسفند، گاو، گوساله

گوشت پرندگان و گوشت خرگوش بدون مانع است.

(گوشت‌های شکار، گوشت خوک و گوشت سس‌دار مصرف نشود.)

رژیم برای مبتلایان به اگزما

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی

نان‌های معمولی، ماکارونی، برنج، کراکر و نان جو سیاه و شیرینی‌های خشک

۲ـ سبزیجات خام

انواع سبزیجات آب‌پز و سبزی‌های سالادی بدون ترشی، ترتیزک، هویج رنده‌شده، کاهو و کرفس.

(خیارشور و خیارترشی ممنوع است.)

۳ـ میوه‌ها

انواع میوه‌جات تازه، آبمیوه و کمپوت

(خشکبار، شاه بلوط و توت‌فرنگی ممنوع است.)

۴ـ لبنیات
شیر بی‌چربی، ماست تازه، پنیر سفید فاقد چربی.
(از ماست آب چکیده، شیر چرب، پنیر کهنه و شیر خشک پرهیز شود.)
۵ـ سبزیجات تازه و پخته
سبزیجات تازه و پخته چون جعفری، شاهی، کاهو
(اسفناج، لوبیاسبز، نخودفرنگی، فلفل‌سبز، بادمجان، گوجه‌فرنگی، تره‌فرنگی و مارچوبه ممنوع است.)
۶ـ حبوبات
(به طور کلی باید کم مصرف شود.)
۷ـ تخم‌مرغ
(به طور کلی مصرف تخم‌مرغ باید ممنوع گردد.)
۸ـ ماهی و حیوانات دریایی
ماهی لاغر، به صورت کباب یا سوپ ماهی
(ماهی چرب، صدف، خرچنگ خوراکی، مارماهی و ماهی سرخ کرده ممنوع است.)
۹ـ سیب‌زمینی
سیب‌زمینی، آب‌پز، پوره و تنوری
(سیب‌زمینی سرخ کرده و سس‌دار ممنوع.)
۱۰ـ گوشت
گوشت قرمز، گوسفند، گاو، گوسالهٔ بدون چربی، آب‌پز و کبابی گوشت پرندگان آب‌پز و کبابی
(گوشت خوک، گوشت چرب، دل و قلوه، گوشت کنسرو، کالباس، ژامبون و گوشت شکار ممنوع است.)

رژیم مبتلایان به بیماری‌های قند (دیابت)

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی
در شبانه‌روز ۱۰۰ گرم نان معمولی که حاوی ۴۸ گرم مواد قندی و معادل ۶/۸ گرم قند

است. یا ۱۰۰ گرم برنج که حاوی ۷۳٪ مواد قندی است و خمیرهای غذایی چون ماکارونی که ۱۰۰ گرم آن حاوی ۷۳٪ مواد قندی است و معادل ۳گرم قند خواهد بود.

۲ـ سبزیجات خام

آب سبزیجات، سالادهای مختلف

از سبزیجاتی که کمتر از ۵٪ مواد نشاسته‌ای و قندی دارند، مانند تربچه، خیار، کاهو، کرفس و ترتیزک یا سبزیجاتی که معادل ۱۰٪ مواد نشاسته‌ای و قندی دارند، چون هویج رنده شده و پیازچهٔ تازه.

۳ـ میوه‌ها

میوه‌هایی که محتوی معادل ۱۰٪ مواد قندی و نشاسته‌ای هستند، چون نارنگی، پرتقال، طالبی، آلوزرد و میوه‌هایی که ۱۵٪ مواد قندی و نشاسته‌ای دارند؛ خربزه، هندوانه، گیلاس، آلبالو، تمشک، سیب، گلابی، انجیر، فندق و گردو.

(میوه‌هایی که بیش از ۳۰٪ مواد قندی دارند، مانند موز، انگور، شاه‌بلوط و خشکبار ممنوع هستند.)

۴ـ لبنیات

ماست تازه، پنیرهای مختلف و شیر

(شیر غلیظ و قنددار مصرف نشود.)

۵ـ سبزیجات تازهٔ پخته‌شده

سبزی‌هایی که کمتر از ۵٪ مواد قندی و نشاسته‌ای دارند، مانند کلم، گل‌کلم، مارچوبه، کرفس، کدوسبز و سبزیجاتی که معادل ۱۰٪ مواد قندی دارند، چون چغندر، هویج و فلفل سبز

(کدو تنبل بهتر است کمتر مصرف شود. همچنین سبزیجاتی که بیش از ۱۵٪ مواد قندی دارند، مانند سیب‌زمینی ترشی بهتر است هفته‌ای یک مرتبه مصرف شود.)

۶ـ حبوبات

حبوبات به‌دلیل از دست‌دادن آب و خشک‌شدن، مقدار مواد معدنی و قندی آنها نسبت به وزنشان افزوده می‌شود و تقریباً معادل ۵۸٪ مواد قندی دارند.

(مصرف حبوبات نباید مورد توجه قرار گیرد.)

۷ـ تخم‌مرغ

تخم‌مرغ به هر صورت و به هر نوع خوب است.

۸ـ حیوانات دریایی

ماهی لاغر، ماهی قزل‌آلا، ماهی سوف.

(ماهی چرب و خشک شده، مارماهی، صدف و خرچنگ خوراکی ممنوع است.)

۹ـ سیب‌زمینی

هر صد گرم سیب‌زمینی دارای ۱۰ گرم قند است، بنابراین توصیه می‌شود که هفته‌ای دو مرتبه به صورت آب‌پز مصرف شود.

(سیب‌زمینی سرخ شده و سس‌دار ممنوع.)

۱۰ـ گوشت

گوشت قرمزِ گوسفند، گاو، گوساله، گوشت پرندگان لاغر و گوشت خرگوش.

(گوشت خوک، گوشت غاز و گوشت شکار ممنوع است.)

اغذیهٔ مبتلایان به زخم معده و اثناعشر

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی

انواع نان‌های مختلف به صورت برشته شده، برنج کم چربی، شیرینی‌های خشک، بیسکویت، ماکارونی

(انواع شیرینی‌های تازه و مرباها ممنوع است.)

۲ـ سبزیجات خام

(به صورت خام ممنوع است.)

۳ـ میوه‌ها

انواع میوه فقط به صورت کمپوت

(آبمیوه، میوهٔ تازه و خشکبار ممنوع است.)

۴ـ لبنیات

شیر تازهٔ کم‌چربی، پنیر تازه و بی‌نمک، ماست تازه به مقدار کم

(پنیر کهنه، سرشیر و خامه، ماست چکیده مصرف نشود.)

۵ـ سبزیجات تازه و پخته

کنگر، کرفس، هویج به صورت آب‌پز

(سایر سبزیجات چون بادمجان، قارچ، ترشک ممنوع است.)

۶ـ حبوبات

(انواع حبوبات مثل عدس، لوبیا، لپه ممنوع است فقط کمی به صورت پوره.)

۷ـ تخم‌مرغ

تخم‌مرغ فقط یکی در هفته به صورت خام یا عسلی

(املت، نیمرو، تخم‌مرغ پخته شده ممنوع است.)

۸ـ ماهی

ماهی‌های تازه و لاغر، قزل‌آلا و آزاد به صورت کبابی

۹ـ سیب‌زمینی

به صورت تنوری و آب‌پز

(از سیب‌زمینی سرخ شده پرهیز شود.)

۱۰ـ گوشت

گوشت گوسفند، گاو، گوساله، بی‌چربی و فقط کبابی، گوشت پرندگان کبابی یا آب‌پز

(گوشت خرگوش، گوشت‌های سس‌دار و گوشت شکار ممنوع است.)

رژیم برای مبتلایان به کم‌خونی

۱ـ مواد قندی و نشاسته‌ای

مواد نشاسته‌ای و قندی بسیار مورد نیاز این افراد است، جوانهٔ گندم، نان معمولی، بیسکویت، ماکارونی، برنج، شیرینی‌های مختلف و مرباها.

۲ـ سبزیجات خام

جعفری، سیر، سبزیجات نازک، هویج، سایر سبزیجات، سالادها، خیار، کرفس و کاهو.

۳ـ میوه‌ها

همهٔ میوه‌های رسیده، آبمیوه، کمپوت میوه، خشکبار میوه و پسته

۴ـ لبنیات

شیر بدون چربی، شیر خشک بی‌چربی، پنیر تازهٔ بی‌چربی، ماست تازه و کرهٔ تازه.

(شیر چرب، پنیر کهنه و سرشیر ممنوع است.)

۵ـ سبزیجات تازه و پخته

هویج، کنگر، کدو، آرتیشو

(قارچ، بادمجان، کلم، گوجه‌فرنگی، مارچوبه و لوبیاسبز ممنوع است.)

۶ـ حبوبات

به صورت پوره و مخلوط با آرد

(باقلا، لوبیا و نخود مصرف نشود.)

۷ـ تخم‌مرغ

هفته‌ای یکی دو بار به صورت عسلی

(انواع دیگر ممنوع است.)

۸ـ ماهی لاغر، ماهی قزل‌آلا، ماهی آزاد، ماهی رودخانه به صورت کبابی یا سوپ ماهی.

(ماهی چرب، ماهی دودی و خشک شده، مارماهی، ماهی کارپ، ماهی سرخ‌کرده، صدف و خرچنگ خوراکی ممنوع است.)

۹ـ سیب‌زمینی

سیب‌زمینی آب‌پز، اجاقی و پوره.

(سیب‌زمینی سرخ کرده و سس‌دار ممنوع است.)

۱۰ـ گوشت

گوشت قرمز بی‌چربی به صورت کباب

(گوشت حیوانات چرب، گوشت خوک، گوشت شکار، خرگوش و سس‌دار، دل، قلوه و جگر ممنوع است.)

رژیم مبتلایان به سنگ کلیه

۱ـ مواد نشاسته‌ای و قندی

چنانچه سنگ‌های کلیه از نوع سنگ‌های اگزالیک و فسفاتیک باشد، کلیهٔ نان‌ها، نان

شیرینی خشک، ماکارونی و برنج خوب است.

در صورتی که سنگ‌های اورات باشد، منحصراً نان گندم و برنج

۲ـ سبزیجات خام

در صورتی که نوع سنگ‌های کلیه اوریک باشد، انواع سبزیجات مختلف خوب است.

در صورتی که سنگ‌ها از نوع اگزالیک و فسفاتیک باشد، باید در مصرف آنها امساک شود به جز جعفری و کاهو.

۳ـ میوه‌ها

در صورتی که سنگ‌ها از نوع اوریک باشد، انواع میوه، کمپوت و آبمیوه.

در صورتی که سنگ‌ها اگزالیک و فسفاتیک باشند، بهتر است در مصرف میوه‌های انجیر، گوجه، شاه‌بلوط و گلابی امساک شود.

۴ـ حبوبات

کلیهٔ حبوبات برای سنگ‌های اوریک و فسفاتیک مجاز است.

۵ـ لبنیات

در سنگ‌های اگزالیک و فسفاتیک شیر رقیق، پنیر تازه و ماست تازه مجاز است.

در سنگ‌های نوع اوریک باید از مصرف لبنیات خودداری شود.

۶ـ سبزیجات تازه و پخته.

همه قسم سبزی در سنگ‌های نوع اوریک مجاز است.

در سنگ‌های اگزالیک بهتر است از مصرف سبزیجات به‌خصوص اسفناج و لوبیاسبز و گل‌کلم خودداری شود.

۷ـ تخم‌مرغ

در سنگ‌های فسفاتیک به صورت خام یا عسلی مجاز است و در صورتی که دچار سنگ‌های اوریک و اگزالیک باشند، به هر صورت ممنوع است.

۸ـ سیب‌زمینی

سیب‌زمینی به صورت آب‌پز، تنوری و پوره‌ای مجاز است.

۹ـ ماهی و حیوانات دریایی

انواع ماهی لاغر، قزل‌آلا، سوف، سفید، آزاد برای سنگ‌های فسفاتیک خوب است.

برای سنگ‌های نوع اگزالیک و اوریک همه نوع ماهی، صدف، مارماهی و خرچنگ ممنوع است.

۱۰ـگوشت

گوشت قرمز گوسفند، گاو، گوساله، گوشت پرندگان، مرغ، بوقلمون، غاز، مرغابی، کبوتر و کبک برای سنگ‌های نوع فسفاتیک خوب است.

برای سنگ‌های نوع اوریک مصرف گوشت به هر صورت ممنوع است.

بخش اول ـ حرف الف

آبله مرغان

آبله مرغان مرضی است حاد و خیلی مسری که بیشتر در کودکان دبستانی دیده می‌شود. خوشبختانه ناراحتی و عوارض زیادی ندارد. بدین لحاظ به غیر از دانه‌هایی که روی پوست شکم و سینه متمرکز شده‌اند و در اندام و صورت به مقدار کم دیده می‌شود، طفل شکایتی ندارد. مسئلهٔ سن برای ابتلا به این بیماری بسیار مهم است و اطفال در سنین دبستانی بدان دچار می‌شوند.

علت ابتلا

عامل این بیماری ویروسی بسیار مسری است. مادران و والدین باید بدانند که اگر در بهبود و درمان این بیماری ساده دقت نشود، ممکن است عواقب و عوارض نامطلوبی به جای گذارد؛ مانند، ورم گوش، ورم کلیه، دمل، زرد زخم و فساد بافت‌های پوستی.

درمان

بیشتر درمان این بیماری به دست مادران است که در دورهٔ بیماری کودک را وادار به استراحت نموده، غذای گرم و ساده به او بدهند. بر روی دانه‌ها و زخم‌ها مرکورکرم یا پودر سولفامید بپاشند تا زودتر التیام یافته و عوارضی نگذارد.

دادن انواع ویتامین‌ها به خصوص ویتامین C بسیار مفید است. دادن میوه‌های مختلف چون سیب، لیموشیرین و لیموترش بسیار نتیجه‌بخش است و بهبود بیماری را تسریع می‌نماید. شیر نیز در این بیماری اثرات نیکویی دارد.

آب مروارید

آب مروارید بیماری چشمی است که می‌تواند به کوری کامل منجر شود. این بیماری سبب کور و تار شدن عدسی چشم می‌شود. در جلو کرهٔ بینایی بین عنبیه و مشیمیه عدسی محدبی قرار دارد که محل عبور تمام تصاویری است که بر روی شبکیه ظاهر می‌شوند. بنابراین متوجه می‌شویم که آب مروارید عدسی و بینایی را دچار زحمت کرده و حتی در مواقعی باعث از دست رفتن قدرت دید می‌شود.

اغلب آب مروارید با افزایش سن همراه است. بعد از هفتاد سال حتی می‌شود گفت که آب مروارید بیماری شایعی است. ولی اصل آن هنوز نامعلوم است. کاتاراکت را آب مروارید پیری می‌نامیم حتی اگر نزد افراد جوان‌تر از این سن هم دیده بشود. به کمک این واژه ما این نوع را از سایر آب مرواریدها که به علل دقیق‌تری به وجود می‌آیند و همچنین از آب مروارید اطفال جدا می‌نماییم.

تظاهرات و عللی که افراد پیر را به ملاقات با پزشک مجبور می‌کنند اغلب همانند و یکسان هستند: دید کم می‌شود و نور شدید تولید خیرگی و تاری چشم می‌نماید. می‌شود گفت که آب مروارید ضریب انکسار عدسی را تغییر می‌دهد به طوری که حتی اگر عینکی بتواند سوی چشم را بهبود بخشد، همچنان اشیا روشنایی و نور خود را از دست خواهند داد.

دومین نشانه چنین است: نور روی قسمت‌های کدر منحرف شده و این انحراف حالت خیرگی را پدید می‌آورد. بدین ترتیب بیمار در تاریکی و سایه احساس راحتی خواهد کرد. اگر علاوه بر اینها محل کور شده در وسط و مرکز عدسی چشم قرار گرفته باشد، مردمک در حالت انبساط شدید، تیرگی را بهبود خواهد بخشید زیرا که مانع محدود شده است.

انتخاب عمل

بیماری آب مروارید شدت‌پذیر است. تا حدّی که می‌تواند به کوری و تاری کامل منجر

شود. هر چه بیمار جوانتر باشد شدت و سرعت بیماری بیشتر است. کدرشدن کامل آخر و انتهای بیماری نیست، بلکه عدسی چشم می‌تواند ذوب شده و تبدیل به یک تودهٔ مایع گردد که در مرکز آن هسته‌ای در حال حرکت است. از طرفی دشواری‌های دیگری می‌توانند اضافه گردند که خارج ساختن عدسی چشم را اجباری می‌نمایند.

چه موقع باید عمل کرد؟

چند عامل را در تصمیم‌گیری باید رعایت نمود.

- هیچ‌گاه آب مروارید یک طرفی یا جانبی را به خصوص نزد افراد مسن عمل نمی‌کنیم.
- سن و وضعیت عمومی بیمار را باید مهم شمرد.

امروزه ما آب مروارید را تا موقعی که واقعاً برای بیمار مزاحمت ایجاد نکند عمل نمی‌نماییم.

همه چیز به شرایط بستگی دارد. آغاز فعالیت برای یک فرد فعال و یک فرد بازنشسته یکسان نخواهد بود. در حالت اول مزاحمت در هنگام کار تعیین‌کننده خواهد بود و برای فرد دوم مزاحمت هنگام مطالعه، نسبت به افراد مختلف تخمین و تصمیم فرق می‌کند، به خصوص که سلامت فرد همیشه به ما اجازهٔ عمل نمی‌دهد. هموفیلی بیماران، قند یا مشکلات قلب و عروق افراد فربه پزشکان را دچار تردید می‌کند. از طرف دیگر اتفاق می‌افتد که فردی را در نودسالگی یا حتی سنی بالاتر از این سن مورد عمل قرار بدهیم. بنابراین مقاومت فیزیکی فرد بسیار مؤثر است.

زمانی که تصمیم گرفته شد نتایج عمل چه خواهد بود؟

آیا همیشه موفقیت وجود دارد؟

چشم تغییر بسیار مهمی را متحمّل می‌گردد. آن قدر این تغییر با اهمیّت است که چشم عمل شده می‌بیند ولی نه همزمان با چشم عمل نشده. به همین علت ما هیچ‌گاه آب مروارید یک طرفی را عمل نمی‌کنیم مگر در حالت لزوم مطلق.

برداشتن عدسی چشم تولید هیپرومتروبی شدیدی می‌نماید. چرا که ما عدسی ۲۲ دیپتری را برداشته‌ایم، همین طور در اثر زخم ایجاد شده بر روی قرنیه آستیگماتیسم به

وجود می‌آید و اشیا بزرگ‌تر و نزدیک‌تر به نظر می‌آیند. بیمار مکان و دور و نزدیک‌شدن اشیا را خوب درک نمی‌کند و مهارت تطابق خود را از دست می‌دهد. رنگ‌ها عوض می‌شوند و اشعهٔ ماورای بنفش از این پس تا قرنیه نفوذ خواهد کرد. عینک فقط قادر است چند عیب کوچک را درست نماید، ولی نباید منتظر بهبود شایان توجهی بود. حالت درشت‌نمایی با عینک بیشتر می‌شود، بنابراین چشم عمل نشده همان تصویر را دریافت نمی‌کند. این فاصله دید که آنه‌زه‌کونی نامیده‌می‌شود، دید دو چشمی را غیرممکن می‌سازد و عینک به علت داشتن شیشه بسیار ضخیم میدان دید را بسیار تقلیل می‌دهد. فقط مرکز شیشه قابل استفاده است بنابراین اشیایی را که در اطراف قرار دارند را باید با چرخاندن سر و نه به وسیلهٔ چرخاندن چشم‌ها دید.

لنزها در مورد افراد عمل شده به علت آب مروارید پیشرفت بسیار بزرگی بوده‌اند. ولی استفادهٔ دشوار آنها به خصوص برای چشم‌هایی که دیگر هیچ نمی‌بینند، آنها را برای جوان‌ترها باقی می‌گذارد. زیرا افزایش سن حرکت‌ها را نامطمئن و بی‌مهارت می‌گرداند. لنزهای نرم مشکلات مشاهده شده در دوره‌های عمل، مانند تحرک و اذیت منطقه‌ای چشم را کاملاً از بین برده‌اند. لنزهای دائمی یکی از راه‌حل‌های آینده خواهند بود. اگرچه هنوز اصل آب مروارید پیری برایمان نامعین است، ولی در عوض عللی که محیط را مناسب کسب آب مروارید می‌نمایند می‌شناسیم.

نزدیک‌بینی شدید و افزایش فشار داخلی چشم (گلوکوم Gloucomes) زمینه‌های حساسی برای پیچیدگی عمل جراحی یا بعد از عمل می‌باشند.

بیماری‌های ترشحات داخلی - مهم‌ترین اینها بیماری قند است که مشخّصات ثانویهٔ آن عمل جراحی را مشکل می‌نماید.

بعضی عوامل خارجی - عوامل سمی (دی نیتروفیل و کورتیزون) عوامل فیزیکی (گرمای زیاد و اشعهٔ X از Isoorem بیشتر.) (سوراخ‌شدگی، ضربه، جسم خارجی)

دو دسته آخر علل ایجاد بیماری نزد افراد کمابیش جوان هستند. بنابراین اغلب باید عمل جراحی نموده، شخص را مجهز به لنز نمود. این مشکل نزد اطفال و نوزادان به صورت دشوارتری ظاهر می‌گردد. آب مروارید یکی از مهمترین علل کوری بچه‌ها و اغلب ارثی است. مضرترین نوع، آب مروارید ویروسی می‌باشد.

اگر (سرخجه Rubeol) که نوعی سرخک است به خصوص از ششمین تا دهمین هفتهٔ حاملگی ایجاد شود، می‌توان در این مورد به آن شک نمود. آب مروارید تنها بیماری ایجاد شده به وسیلهٔ سرخجه نیست، گاهی نارسایی‌ها و ناراحتی‌های دیگری هم به همراه دارد. زیرا ۲۰ تا ۴۰ درصد از زن‌های مبتلا کودکانی ناقص‌الخلقه به دنیا می‌آورند که اغلب چشم‌ها مبتلاست. این موضوع اهمیّت رعایت احتیاط را نشان می‌دهد. عوامل و بیماری‌های عفونتی دیگری از قبیل گریپ و اوریون نیز که زیاد مهم به نظر نمی‌آیند، می‌توانند همان نتایج را به بار آورند.

دید کسی که به علت آب مروارید مورد جراحی قرار گرفته باشد حتی اگر جوان هم باشد هیچ‌گاه طبیعی نخواهد بود؛ زیرا، چشم دیگر همان ساختمان را ندارد. جراحی چشم بچه و فرد بالغ با هم متفاوت است. چشم قبل از ۲۵ سال هنوز کامل نیست و جراحی در شرایط یکسانی قرار ندارد. در مورد یک طفل کریستالوئید را می‌توان به وسیلهٔ سوزنی باز نمود؛ توده‌ها خود دفع یا جذب می‌شوند، امّا هیچ‌گاه عدسی چشم را حذف نمی‌کنیم. جوان‌های عمل شده دید دو چشمی ندارند بنابراین راحت نیستند. با این حال با مقداری مداوا طفل می‌تواند با عینکش بخواند و دور را ببیند. ولی بینایی هیچ‌گاه کامل نخواهد بود.

شیوه‌های جدا کردن عضو

در فرد بالغ طی بیهوشی عمومی یا موضعی عدسی چشم را جدا می‌کنیم. البته روش‌های مختلفی مناسب وضع چهره و روش جراح وجود دارد.

روش کلاسیک

عدسی را به وسیلهٔ کرویاد (نوعی مداد با نوکی یخی) پیدا می‌کنیم و از میان شبکیه رد می‌شویم در تمام این مدت یک گیره روی عنبیه از پایین برای درآوردن عدسی، به عدسی چشم فشار می‌آورد؛ یعنی عدسی را از اجسام مژکی جدا می‌کنیم.

روش مکیدن

این روش نزد افراد جوان به کار می‌رود.

روش جدید

و بالأخره جدیدترین شیوه‌ای که جانشین برداشتن عدسی شده، پیوند درون چشمی شیئی براق به قدرت عدسی است که بینایی به مقدار قابل توجهی بهبود می‌یابد. تکامل این عمل راه‌حلی برای آینده است. با وجود تمام مشکلات، انتخاب عمل جراحی به عنوان مداوا نشان دهندهٔ بدون تأثیر بودن داروهای موجود برای آب مروارید است. زیرا از طرفی تجویز این داروها برای آب مروارید پیری محدود بوده و از طرف دیگر این داروها فقط برای کند کردن و جلوگیری از پیشرفت آب مروارید به کار می‌روند. در مورد شخصی که تازه به آب مروارید دچار شده و هنوز در مراحل اولیه است این داروها می‌تواند مفید باشد و از پیش‌روی آب مروارید و احتیاج به عمل جراحی جلوگیری نمایند.

جدیداً کشف اسیدهای آمینه و نقش آن سلاح جدیدی به تجهیزات دفاعی ما افزوده است. ویتامین‌ها و هورمون‌ها قبل از اسیدهای آمینه شناخته شده و در این تجهیزات قرار داشتند. این نوع جدید دارویی موفّقیت‌هایی را به دست آورده است. مطمئناً این هنوز پیروزی کامل نیست، زیرا هنوز تردیدهای فراوانی موجود است و شاید خیلی زود شاهد سوسوی پرتوی در تاریکی باشیم.

آپاندیسیت

سابقاً به آپاندیسیت مزمن (کهنه‌شده) توجه زیادی داشتند و غالب اختلالات گوارش را به آن مربوط می‌دانستند ولی امروز کمتر به این بیماری توجه دارند و تصور می‌کنند که شمارهٔ مبتلایان به آپاندیسیت مزمن کمتر از آن است که در گذشته تصور می‌شد. آپاندیسیت مزمن دو گونه است: یکی آپاندیسیت مزمن که با بحران آپاندیسیت حاد شروع شده و بعداً مشی مزمن پیدا کرده است و دیگری آپاندیسیت مزمن که از ابتدا به طور ملایم آغاز شده و روش مزمن خود را در پیش گرفته است.

آپاندیسیت مزمن هم مانند نوع حاد بیشتر در جوانان دیده می‌شود. وضع غیر طبیعی آپاندیس، مسمومیت‌های مزمن، وجود اجسام خارجی در داخل آپاندیس و عفونت‌های روده از عوامل مستعد کنندهٔ بیماری به شمار می‌رود.

میکروب مولد بیماری همان میکروب‌های موجود در روده‌ها است که سبب آماس تدریجی فولیکول‌های آپاندیس می‌شود.

علائم بالینی

علائم آپاندیسیت مزمن به دو دسته تقسیم می‌شود.

۱ـ علائم کلی و عمومی که قسمت اعظم اختلالات بالینی را تشکیل می‌دهد.

۲ـ علائم موضعی که معمولاً چندان مهم نیست و جلب نظر نمی‌کند.

۱ـ اختلال‌های عمومی

این علائم ظاهراً هیچ ارتباطی با آپاندیسیت مزمن ندارند و غالباً بسیار بی‌قاعده و گمراه کننده هستند که مهمترین آنها بدین قرارند:

خستگی، بیمار از ضعف و سستی و عدم میل به کار شکایت دارد.

تپش قلب، در نتیجهٔ یک حرکت شدید و گاهی نیز بدون علت، ضربان قلب شدید و ناراحت کننده می‌شود.

سردرد، علامت بسیار شایعی است که در غالب این بیماران وجود دارد.

سرگیجه و تهوّع، در صورتی که حالت تهوع پس از غذا پیدا شود تا اندازه‌ای فکر را متوجه دستگاه گوارش می‌کند.

تب خفیف، بیمار مدت‌ها دچار تب خفیف و متغیّری است که معمولاً از ۳۷/۵ و ۳۸ درجه تجاوز نمی‌کند و به علت همین تب خفیف طولانی که همراه خستگی و لاغری است ممکن است با پریموانفکسیون سلی یا مالاریای مزمن یا عفونت‌های مزمن خفیف دیگر اشتباه شود.

علائم واگوتونی (افزایش تحریک‌پذیری عصب واگ)، بیماران مبتلا به آپاندیسیت مزمن غالباً دچار هیپرتونی (افزایش تنش) عصب ریوی ـ معدی واگ می‌شوند و بنابراین گاه به گاه بدون هیچ علتی رنگشان می‌پرد و عرق زیادی بر پیشانی آنان می‌نشیند و در موارد بالنسبه شدید، حالتی نزدیک به سنکوپ عارض می‌شود. فشارخون این بیماران غالباً پایین است و بازتاب اوکولوکاردیاک به طور وضوح مثبت است.

سوء هضم، بیماران مبتلا به آپاندیسیت مزمن کم و بیش دچار سوء هضم هستند. سوء هضم این بیماران گاهی از نوع هیپوستنیک (کم‌بُنیه) و گاهی از نوع هیپرستنیک (پُربُنیه) است. یبوست علامت شایعی است هر چند که ممکن است گاهی اوقات به طور متناوب بروز کند و در فواصل آن بیمار از اسهال شکایت داشته باشد.

۲ـ علائم موضعی

مهمترین علامت موضعی درد ناحیهٔ آپاندیس است. گاهی خود بیمار از درد این ناحیه شکایت دارد ولی معمولاً در هنگام فشار با دست است که این درد واضح می‌شود. این درد ممکن است کاملاً در نقطهٔ ماک‌بورنی نباشد و مثلاً کمی بالاتر یا پایین‌تر یا متمایل به راست یا چپ حس شود ولی نکتهٔ قابل دقت این است که در تمام معاینات

متوالی که از بیمار به عمل می‌آید، محل این درد تغییر نمی‌کند. نظر به اینکه درد خیلی شدید نیست، باید با دقت زیاد آن را معلوم کرد که معمولاً سه طریقه برای جستجوی آن موجود است. در بیماری که به پشت خوابیده و زانوهایش را کمی خم کرده و به طور آرام نفس می‌کشد، لمس شکم را از ناحیهٔ ناف شروع می‌کنند و به طرف راست پیش می‌روند تا کنار داخلی سکوم (رودهٔ کور) را حس کنند. آن‌گاه فشار مختصری به همین ناحیه وارد می‌کنند و در صورتی که آپاندیس متورم باشد سبب احساس درد می‌شود.

در بیماری که به پشت خوابیده، دست را در ناحیهٔ آپاندیس گذاشته کمی فشار وارد می‌کنند و در همین حال به بیمار دستور می‌دهند که پای راست خود را بدون آنکه زانویش را خم کند، بالا آورد. همین که پای بیمار کمی بالا آمد به علت انقباضی که در عضلهٔ پسوآس پیدا می‌شود و آپاندیس را کمی به جلو و زیر دست پزشک می‌راند، درد شدیدی در ناحیهٔ آپاندیس پیدا می‌شود. به طوری که بیمار قادر نخواهد بود پای خود را بالاتر ببرد و یا به طرف چپ متمایل گردد. در این صورت اگر دردی در ناحیهٔ آپاندیس حس شود، فقط مربوط به خود آپاندیس بوده و واضح‌تر حس خواهد شد. چنانکه قبلاً متذکر شدیم ثابت بودن نقطهٔ دردناک از لحاظ تشخیص آپاندیسیت بسیار مهم است و فقط در حال ایستاده کمی پایین‌تر حس می‌شود.

با وجود تمام احتیاطات فوق، بدون آزمایش پرتوشناسی نمی‌توان تشخیص آپاندیسیت مزمن را صحیح دانست.

آزمایش پرتوشناسی

آزمایش پرتوشناسی ۴ تا ۶ ساعت پس از خورانیدن مادهٔ حاجب صورت می‌گیرد. بهتر است بیمار را در وضع دراز کشیده مورد آزمایش قرار دهند.

آپاندیس سالم گاهی اوقات از مادهٔ حاجب پر می‌شود ولی پر نشدن آن را نمی‌توان دلیل آپاندیسیت دانست، همان طور که پر شدنش نیز دلیل سلامت آن نمی‌تواند باشد. چون طول آپاندیس در هر کس معلوم نیست، ممکن است فقط قسمت انتهایی آپاندیس متورم باشد که مادهٔ حاجب وارد آن نشود ولی قسمت ابتدایی آنکه سالم است از مادهٔ حاجب پر گردد.

در حقیقت مهمترین علامت آپاندیسیت یافتن یک نقطهٔ دردناک است که درست در میان آخرین حلقهٔ ایلئوم (دراز روده) و سکوم قرار دارد. این نقطهٔ دردناک در هر وضعی که بیمار به خود بگیرد باز هم موجود است و فقط با تغییر مکان دادن سکوم ممکن است جای آن را تغییر داد. متأسفانه تعیین این نقطه ثابت دردناک گاهی از اوقات به سهولت امکان‌پذیر نیست و به این ترتیب حتی در آزمایش پرتوشناسی نیز تشخیص بیماری یکسره نمی‌شود.

علائم غیرمستقیم آپاندیسیت از قبیل استازایلئال و اسپاسم قولون در حقیقت اختصاصی نیستند زیرا در غالب تنیلوکولیت‌ها نیز ایجاد می‌شود.

آزمایش پرتوشناسی بیمار مشکوک به آپاندیسیت مزمن فقط با تعیین وضع سکوم و پیداکردن نقطهٔ دردناک ثابت کامل نیست. باید از بقیهٔ قولون و معده و دوازدهه (اثناعشر) و حتی کیسهٔ صفرا و رودهٔ نازک نیز پرتونگاری به عمل آورد که تشخیص افتراقی بیماری آسان گردد.

اشکال بالینی

به علت تغییر شکل و تغییر جای آپاندیس یا سرایت عفونت آپاندیس به اعضای مجاور، تغییراتی در علائم بالینی اصلی به وجود می‌آید که اشکال بالینی بیماری را تشکیل می‌دهد.

سیر بیماری

سیر بالینی آپاندیسیت مزمن دارای مراحل شدت و آرامش است ولی فقط عمل جراحی می‌تواند از این پیشرفت تدریجی جلوگیری نماید.

عوارض

صرف‌نظر از حملهٔ آپاندیسیت حاد که به طور ندرت در ضمن آپاندیسیت مزمن و مخصوصاً در نوعی از آنکه در تعقیب آپاندیسیت حاد پیدا شده ممکن است بروز کند، عملاً برداشتن آپاندیس برای شمارهٔ معدودی از این بیماران مفید است و بهبود حال آنان مربوط به استراحت و گرفتن رژیم پس از عمل است که روی اختلالات گوارشی یا عمومی بیماران تأثیر می‌کند.

درمان

درمان اصلی آپاندیسیت مزمن مانند آپاندیسیت حاد عمل جراحی و خارج کردن آپاندیس است. لزوم عمل جراحی در کودکان و جوانان خیلی بیشتر از سالمندان است، زیرا در سن‌های کم، آپاندیسیت تقریباً زیر حاد است و در هنگام عمل نشانه‌های آماسی حاد و زیر حاد آپاندیس دیده می‌شود حال آنکه در اشخاص مسن همیشه آپاندیسیت اسکلروآتروفیک (سخت‌شده و تحلیل‌رفته) است. شرط اصلی اقدام به عمل جراحی این است که مسلم گردد بیمار دچار آپاندیسیت مزمن است، بنابراین قبل از تصمیم به عمل جراحی باید مدتی این بیماران را تحت رژیم مخصوص بیماران مبتلا به کولیت قرار داد و داروهای ضدعفونی روده مانند سولفاگوانیدین و ضدعفونی‌های عمومی مانند اورئومایسین و ترامایسین تجویز کرد و در صورتی که این داروها مؤثّر واقع نشد، به عمل جراحی مبادرت کرد. در غیر این صورت عمل جراحی نه تنها این بیماران را شفا نمی‌دهد، بلکه در اثر بروز چسبندگی‌های ناشی از عمل، هم علائم موضعی بیشتر می‌شود و هم بیمار که در حقیقت از درمان خود ناامید شده تحمل عصبی و روحی خود را از دست می‌دهد و ضعیف و مبتلا به نوراستنی و حالات مشابه آن می‌گردد. باید طبیب به این نکته توجه نماید.

آب ریزش زیاد از دهان (سیالوره)

باید گفت مقدار کمّی آب دهان در یک فرد سالم یک یا یک لیتر و نیم در شبانه روز است گاهی آب دهان به‌وضوح افزایش می‌یابد به قسمی که در ۲۴ ساعت ممکن است به ده لیتر برسد. البته این مقدار یک سیالورهٔ بسیار شدید است؛ سیالوره در حدود ۳ـ۴ لیتر در ۲۴ ساعت است. شکایت و اظهار ناراحتی که اشخاص از زیادشدن آب دهان می‌کنند و در پی چاره‌جویی آن بر می‌آیند لزوم توجه به علل آن را ایجاب می‌کند.

علل مهم زیادی آب دهان یا سیالوره به ترتیب اهمیتی که دارد عبارت است از:

۱ـ داروها و سموم ـ بعضی از داروهای عادی یا سمی ممکن است باعث افزایش آب دهان گردد؛ مانند جیوه، ید، برمورها، آرسنیک، کلرات دوپتاسیم، پیلوکارپین، بیسموت، مس و ترکیبات آن.

۲ـ آماس یا تورم دهان ـ تمام تورم‌های مختلف دهان به استثنای برفک باعث افزایش آب دهان می‌شود. پیوره، دمل‌های فک، کمبود ویتامین C، پورپورا و نیز کم‌خونی در ایجاد سیالوره دخالت تام دارد.

۳ـ تحریکات موضعی ـ تحریکات موضعی در دهان مانند، دندان‌های ناهموار، دندان‌های کرم‌خورده، پرکردگی معیوب دندان‌ها، روکش‌های فلزی و غیرفلزی دندان‌ها و تورم غدد مترشحهٔ دهان و یا سنگ مجاری غدد مترشحهٔ دهان.

۴ـ بیماری‌های عفونی عمومی ـ مانند آبله و هاری و غیره.

۵ـ بازتاب یا تحریک‌های دستگاه گوارش ـ مانند تحریکات ناشی از معده، لوزالمعده، کبد، کیسهٔ صفرا و رحم.

به طور کلی باید گفت سیالوره یکی از علائم شایع بیماری‌های معده به‌شمار می‌آید و نیز در اوایل آبستنی زیادی آب دهان دیده می‌شود.

۶ـ انگل‌های روده‌ای ـ مخصوصاً آسکاریس به علت تحریکات اعصاب روده و واکنشی که از آنها ناشی می‌شود نیز سبب سیالوره می‌گردد.

۷ـ بیماری‌ها و اختلالات عصبی ـ ایجاد سیالوره یا زیادی آب دهان در تحریکات و بیماری‌های عصبی چون بیماری دریا و بیماری اتومبیل (کسانی که در کشتی و یا در اتومبیل دچار سرگیجه و ناراحتی و زیادی آب دهان می‌شوند) هیستری، میگرن، تحریکات عصب گوش که خود با ناراحتی حتی فلج عصب چهره همراه است.
گاهی از اوقات علت ایجاد سیالوره بیماری‌های دستگاه عصبی چون آنسفالیت لتارژیک و پارالیزی (فلج حسی) است.
۸ـ علل نامعلوم ـ دیده شده است که زیادی آب دهان به هیچ‌یک از علل نامبرده مربوط نیست. این قسم سیالوره را سیالورهٔ ایدیوپاتیک (ناشناخته) گویند و غالباً پس از تألّمات شدید روحی و شوک‌های تأثری بزرگ پیدا می‌شود. این نوع که به علت تحریکات عصبی پیدا می‌شود به طور ناگهانی شروع می‌شود، مدت کم و بیش طولانی ادامه پیدا می‌کند و بعداً خود به خود از بین می‌رود.

علائم بالینی

سیالوره ممکن است جز همان پرآبی دهان علامت بالینی دیگری نداشته باشد ولی در سیالوره‌های شدید که بیمار ناچار است دائماً آب دهان خود را فرو برد یا خارج نماید، یک نوع ناراحتی شدید ایجاد می‌شود و به علاوه وارد شدن مقدار زیادی آب دهان به معده، خود سبب استفراغ، سوء هاضمه و غیره می‌شود.
بیمارانی که مبتلا به سیالورهٔ شدید می‌باشند نمی‌توانند خوب تکلّم کنند، زیرا ناگزیرند که پس از ادای چند کلمه، آب دهان را فرو برند و یا خارج کنند و به این دلیل صحبت کردن آنان منقطع است. حس ذائقهٔ مبتلایان به سیالورهٔ شدید نیز دچار اختلال می‌شود و بیمار غالباً طعم غذا را نمی‌فهمد.

درمان و چارهٔ بیماری

برای درمان واقعی زیادی آب دهان باید علت بیماری را رفع کرد. و پزشک می‌تواند با تشخیص صحیح به درمان آن موفق گردد. قبل از رسیدن به طبیب می‌توانید از تنتوربلادون روزی سه نوبت، هر دفعه ۱۰ قطره در کمی آب میل نمایید تا جلو آب زیادی دهان گرفته شود.

آرتریواسکلروز یا تصلّب شرایین

بدون توجه به تصلب شرایین نمی‌توان به معالجهٔ اشخاص پیر اقدام کرد. برای عده‌ای تصلب شرایین و پیری مترادف یا هم‌نام به حساب می‌آید. عادت بر این است که سن اشخاص نسبت به کیفیت شرایین آنها سنجیده شود. در گذشته تصلب شرایین عامل اصلی و منحصر به فرد پیری به حساب آورده می‌شد، ولی امروزه با مطالعات دقیق معلوم شده است که تصلب شرایین عامل منحصر به فرد پیری نیست، بلکه نزد عدهٔ زیادی از اشخاص پیر تصلب عروق در درجات مختلف دیده می‌شود. انسان قرن بیستم اگر در جنگ یا تصادفات کشته نشود و یا به علت سرطان از بین نرود، به احتمال قوی این تصلب شرایین است که او را به خانهٔ ابدی می‌فرستد. طبق آماری که در فرانسه برداشته شده پنجاه درصد افرادی که در حال پیر شدن بوده یا پیر شده‌اند مبتلا به تصلّب شرایین هستند.

هنوز بیشتر از ربع قرن نمی‌گذرد که «ویلیام اسمیت» و «گریسون» ثابت کرده‌اند که عمدهٔ افراد بالاتر از سی سال دارای اختلالات و تغییراتی در شرایین کرونر قلب هستند. به طوری که می‌دانید این شریان‌ها موظّف به تغذیهٔ عضلهٔ قلب هستند. این تغییر وضع (دژنراتیو Degenerative) در بیش از ۹۵ درصد از افرادی که سنّشان از پنجاه سال بالاتر است دیده می‌شود. دکتر «وایت» متخصّص قلب و طبیب معالج «ژنرال آیزنهاور» این آمار را استخراج کرده است.

در کالبدشکافی سربازان آلمانی که در جریان جنگ جهانی از بین رفته بودند نشان داده شده است که چهل درصد آنها دارای تصلّب شرایین کرونر بوده‌اند. از طرف دیگر در آماری که امریکایی‌ها در جریان جنگ کُره از سربازان ۱۸ تا ۴۸ سالهٔ خود گرفته‌اند، به ثبوت رسیده که در سه چهارم آنها حالات تصلّب شرایین در درجات مختلف وجود داشته است. این آمار نشان می‌دهد که سخت‌شدن شرایین خیلی زودتر از آنچه تصور می‌رود در

بدن انسان شروع به پیشرفت می‌کند. ابتلا به تصلّب شرایین پیش اشخاص مسن جزو تقدیر و سرنوشت آنهاست. «آلبرتین» نشان داده است که تصلب شرایین عامل مستعد کنندهٔ پیری به شمار می‌آید ولی عامل قطعی نیست. دکتر «شرم» می‌گوید: «تصلب شرایین به طور ثابت پیش همهٔ افراد مسن وجود ندارد، ضمناً به یک شکل نیز نمی‌باشد. تاکنون عدهٔ زیادی از اطبا، ضمن کالبدشکافی اشخاص پیر ثابت کرده‌اند که تصلب شرایین حتی در سنین بالا نیز ممکن است پیش عده‌ای دیده نشود.» از آنچه گفته شد می‌توانید این نتیجه را بگیرید که اصول پیشگیری از این عارضه نتیجهٔ ارزنده‌ای در بر دارد و یا لااقل مانع بروز عواقب خطرناک در اغلب حالات خواهد شد.

بدون شک تصلب شرایین نقش مهمی را در مورد سایر بیماری‌هایی که در روزگار پیری بروز می‌کند، دارد. اغلب افراد بالاتر از پنجاه سال از بیماری‌هایی که رابطهٔ مستقیم با تصلب شرایین دارد، از بین می‌روند. ممکن است بپرسید که تصلب شرایین چیست؟ انسان سالم دارای شرایین نرم و الاستیک (انعطاف‌پذیر) است ولی اغلب اوقات شرایین بدن انسانی بدون آنکه ما اطلاع داشته باشیم، به لوله‌های سفت و سخت تبدیل می‌شوند. این به طور ساده تصلب شرایین را می‌رساند.

حال باید ببینیم که با پیشرفت سن چه تغییراتی در لایه‌های سه‌گانهٔ شرایین پیدا می‌شود.

۱ـ پردهٔ داخلی که قسمت درونی این لوله‌های شریانی را تشکیل می‌دهد، تماس مستقیم با خون دارد. موقعی که این طبقه گرفتار تصلب شود حالت احتقان در آن پیدا می‌شود که باعث تنگی و گاه مسدودشدن مجرای شرایین است. پیدایش این دگرگونی‌ها تصلب شرایین نامیده می‌شود.

۲ـ طبقهٔ دوم که از الیاف عضلانی تشکیل یافته، در صورتی که گرفتار شود املاح آهکی در آن نفوذ می‌کند؛ حالت نرمی و ارتجاعی خود را از دست داده و سفت می‌شود، بدین ترتیب (آتروم Atherome) تشکیل می‌شود.

۳ـ لایهٔ سوم لایه‌ای است که سایر قسمت‌های شرایین، مادهٔ غذایی و (انفلوکس عصبی Influx Nerveux) خود را به وسیلهٔ آن دریافت می‌دارند.

موقعی که این سه طبقه گرفتار شود تصلب شرایین به وجود می‌آید. شاید شما بپرسید که طبیعت این تصلب به چه شکل بوده یا به عبارت دیگر علل آن چیست؟

اغلب کلسترول را در پیدا شدن تصلب شرایین دخیل می‌دانند و مایل هستند که میزان آن را در خون تعیین نمایند. قُدما در مورد تصلب شریان‌ها وجود آلبومین را مؤثر می‌دانستند و فقط چند سال است که کلسترول خون مورد سوءظنّ محقّقین قرار گرفته است. دکتر «ام ـ شرم» می‌گوید: «من هزاران نفر اشخاص پیر و افرادی که در حال پیر شدن هستند را معاینه کرده و در پیش تمامی آنها یک میزان کلسترول که در درجات بالاست پیدا کرده‌ام.» این نگرانی عمومی ناشی از کجاست؟ به عقیدهٔ من مقصرین واقعی اطبایی هستند که نسبت به این آزمایش و ارزش آن اطمینان و اعتماد زیادی دارند. بالأخره در درجهٔ دوم روزنامه‌ها و نشریه‌های هفتگی و ماهیانه هستند که کلسترول را محرک و عامل اصلی این عارضه قلمداد می‌کنند (تعمیم و ترویج علم پزشکی عالی است به شرط آنکه منظور از آن تعالیم بهداشتی باشد در غیر این صورت قضاوت‌های غلط باعث انحراف فکر و ایجاد بدبختی‌های خطرناک می‌گردد). زیادی کلسترول مرضی جدی نیست و اغلب بی‌جهت آن را متهم می‌کنند. همهٔ ما در خون به همان ترتیبی که قند و اوره داریم، دارای کلسترول نیز هستیم. حتی کلسترول یک ماده ضروری برای بدن انسان است. فقط تجاوز آن از یک میزان معینی مضر به حساب آورده می‌شود. امروزه ما از تأثیر کلسترول روی شرایین چه می‌دانیم؟ تجربیاتی که روی حیوانات انجام یافته نشان می‌دهد که زیادی کلسترول باعث ایجاد تصلب خیلی وسیع می‌گردد.

یک محصول ویتامینه به نام (آلفا کوفنول Alpha Cephenole) اثر پیشگیری از عوارض مضر کلسترول دارد. من در فصل دیگر اثر مضر بعضی از غذاها را که دارای مقدار زیادی چربی هستند، به تفصیل شرح خواهم داد. لازم به‌تذکر است که هیچ‌وقت بین میزان کلسترول و درجهٔ سختی عروق نسبت مستقیمی وجود ندارد. در خرگوش میزان کلسترول خون را بالا می‌بریم، بدون اینکه انعکاسی روی شریان‌هایش پیدا شود. دکتر شرم اظهار می‌دارد: «بین اشخاصی که دارای تصلب شرایین با درجات بالا بوده‌اند، میزان کلسترول را در حد طبیعی یافته‌ام.» این امر سبب شده است که در دنیای پزشکی امروز

مخصوصاً در سال‌های اخیر برای تصلب شرایین به چربی‌های دیگری غیر از کلسترول فکر نمایند، چون (آلفا و بتا لیپوپروتئین Alpha & Beta Lipo Proteines). ضمناً مشاهده شده که نسبتی بین متابولیسم کلسترول و هیدرات دوکربن‌ها مانند قند وجود دارد. پزشک مزبور می‌نویسد که با وجود محدود کردن میزان چربی مصرفی در اغذیهٔ روزانهٔ افراد، بسیاری را ملاحظه کرده‌ام که میزان کلسترول خونشان به طور ثابت در درجات بالا باقی مانده است. این آزمایش و دقت در امر غذاهای مصرف شده ثابت می‌کند که آنها در مصرف غذاهای قندی یا هیدروکربنه مثل سیب‌زمینی افراط می‌کنند که تبدیل به چربی‌ها می‌شود و در این چربی‌ها کلسترول نیز به میزان زیادی وجود دارد. دکتر شرم اضافه می‌کند که هرگز نمی‌توانم قیافهٔ خانمی را فراموش کنم که با وجود پنجاه ساله بودن خیلی جوان به نظر می‌رسید و شکایت می‌کرد با اینکه از مصرف غذاهایی که دارای چربی باشند پرهیز می‌کند، با این حال کلسترول خونش همیشه بالاست. پس از بررسی متوجه شدم که این بانو روزانه مقدار زیادی مواد قندی و هیدروکربنه مصرف می‌نماید و بالاُخره با یک پرهیز غذایی مناسب، کلسترول او پایین آمد و این خانم ضمن نجات از نگرانی باطنی، خوی طبیعی خود را نیز به دست آورد.

خیلی وقت نیست که «گوفمن» امریکایی یک مسئلهٔ بسیار مهم و مفید را به ما آموخته است. او می‌گوید که کلسترول و یا بالارفتن آن از یک حدود معینی مضر نیست بلکه شکل مولکولی است که نقش اساسی را در تصلب شرایین بازی می‌کند، حتی اگر میزان آن در درجات پایین‌تر قرار گرفته باشد. من در فصل اثر تغذیه در پیشرفت پیری راجع به این موضوع بحث کرده، نتایج علمی آن را یادآوری خواهم کرد.

به عقیدهٔ بعضی وجود کلسترول به تنهایی سبب پیدایش تصلب شرایین نمی‌شود بلکه عوامل دیگری نیز وجود دارد. از جمله به نظر می‌رسد که غدد مترشحهٔ داخلی نقش اساسی را در این زمینه بازی می‌کنند. پیش اشخاص مسن و اشخاصی که مبتلا به دیابت هستند، عدم کفایت لوزالمعده و غدهٔ تیروئید باعث افزایش کلسترول به میزان زیاده از حد در خون می‌شود. بعضاً افزایش فعالیت غدد فوق کلیوی نیز باعث زیادشدن کلسترول در خون می‌شود.

عملکرد غدد تناسلی نیز قابل توجه است. این حالت نزد زن‌ها همزمان با دورهٔ یائسگی و در مردان بین پنجاه تا شصت سالگی ظاهر می‌گردد. ولی نباید فراموش کرد که گاهی بدون اینکه نقصی در عمل غدد مترشحهٔ داخلی وجود داشته باشد، تصلب شرایین دیده می‌شود. این امر باعث می‌شود که ما به چیزهای دیگری نیز فکر کنیم؛ مانند توارث. افراد بعضی از خانواده‌ها تمایل طبیعی به پیدا کردن تصلب عروق دارند، به همان شکلی که مثلاً دیابت بین افراد یک خانواده به خصوص دیده می‌شود. اغلب پزشکان تصلب عروق را به طور ارثی بین افراد بعضی خانواده‌ها ملاحظه کرده و غیر از تصلب شرایین، میزان کلسترول خون افراد این خانواده‌ها را نیز در درجات بالا یادداشت کرده‌اند. به نظر می‌آید که این خانواده‌ها طبیعتاً استعداد آن را ندارند که چربی‌ها را تغییر شکل دهند و سازمان بدن آنها قادر نیست که خود را از زیادی کلسترول نجات دهد.

در مورد تأثیر نژاد، بعضی‌ها عقیده دارند که تصلب شرایین بین افراد بعضی از نژادها به طور وفور دیده می‌شود. ولی حقیقت امر این است که نژاد تأثیری در ابتلا به تصلب شرایین و فشار خون ندارد، بلکه این نوع غذاست که در بروز تصلّب مؤثّر است. بدون شک ملل و اقوامی که چربی را به میزان افراط مصرف می‌نمایند، تصلب شریان‌ها جزء سرنوشت آنها بوده و نمی‌توانند در روزگار پیری از عوارض آن در امان باشند.

ضمناً نباید فراموش کرد که نوع و شکل زندگی در بروز تصلّب شرایین دخالت دارد. آمارهای دقیقی تهیه شده و به ثبوت رسیده که تصلب شرایین بیشتر دامن‌گیر افرادی منزوی و گوشه‌گیر است؛ برعکس افرادی که فعالیت بدنی دارند، کمتر گرفتار آن می‌شوند. اشخاص منزوی به واسطهٔ تنبلی و عدم فعالیت عضلانی، چربی‌های را که باعث تصلب می‌شود در بدن خود انبار و ذخیره می‌کنند. این فصل را با اشاره به تأثیر عوامل روحی به ویژه فشارهای روانی (استرس Strees) که عبارت از هیجانات، خستگی و مسومیّت‌های تدریجی است خاتمه می‌دهیم.

روس‌ها در اینکه تصلب شرایین را در اغلب موارد به عوامل روحی و عصبی نسبت می‌دهند و دربارهٔ به کرسی نشاندن نظریهٔ خود مُصرّند، کاملاً ذیحق هستند.

ما نیز عملاً این موضوع را به ثبوت رسانده‌ایم که اشتغال به کارها و حرفه‌های به

خصوص باعث ایجاد تصلب شرایین می‌شود. هر قدر شغل با فشار و نگرانی و دلهره همراه باشد، شدت تصلب و بالا رفتن فشار خون بیشتر خواهد بود. اشخاصی که کارهای خطیر توأم با مسئولیّت را عهده‌دار باشند، یعنی مدیران و گردانندگان کارهای بزرگ و پُر مسئولیّت، خواهی نخواهی در معرض تصلب شرایین قرار می‌گیرند.

دکتر شرم می‌گوید که من تصور می‌کنم سختی عروق که در بین سربازان جنگ کُره دیده شده، منشأ دیگری غیر از فشار و خستگی جنگ و عوامل آن نداشته است. سپس اظهار می‌دارد که من بین اهالی کشور اسرائیل که از خطر اعدام نازی‌ها به سلامت جسته‌اند و مدت‌ها در اردوگاه آلمانی‌ها تحت فشار و نگرانی بوده‌اند، تصلب شرایین را در درجات بالا مشاهده کرده‌ام. با مشاوره‌ای که اینجانب با متخصّصین قلب و عروق به عمل آورده‌ام، همهٔ آنان را نسبت به تأثیر فشار و هیجانات روحی در پیدایش تصلب شرایین با خود هم عقیده یافته‌ام.

جنگ و مصیبت و بدبختی سبب تصلب عروق در بدن انسان می‌شود. نگرانی‌های مداوم توأم با اندوه زیاد باعث تغییرات عمیق در جدار سه گانهٔ شرایین می‌شود. اگر شما می‌خواهید که در معرض خطر تصلب عروق و فشار خون قرار نگیرید، باید از قبول کارهایی که توأم با دلهره و نگرانی‌های بزرگ باشد، شانه خالی نمایید. با اینکه عوامل متعدد دیگری نیز در پیدا شدن فشار خون دخالت دارند، به هر حال تأثیر عوامل روحی که در فوق به آن اشاره شده غیرقابل تردید است.

آروغ

آروغ که تمدن امروز آن را عملی ناپسند می‌شناسد، گاهی بی‌اراده از دهان خارج می‌شود و موجب رنج شخص می‌گردد. باید گفت که آروغ خروج مقداری از گازهای معده از دهان است و ممکن است کاملاً بدون صدا صورت گیرد، به طوری که فقط خود بیمار از آن باخبر شود؛ ولی گاهی نیز بسیار پُر صدا و زننده است. آروغ‌های صدادار ممکن است یکی پس از دیگری تکرار شود.

علت آروغ

آروغ دو علت دارد:

۱ـ سوء هضم ـ مبتلایان به سوء هضمی که با نفخ زیاد شکم همراه است، دچار آروغ می‌شوند. در حقیقت چون با این کار مقداری از گازهای معده خارج می‌گردد، بنابراین می‌توان آن را یک وسیلهٔ تسکین ناراحتی و سنگینی بیمار دانست.

آروغ زدن معمولاً با احساس درد همراه نیست، با وجود این ممکن است بیمار در ضمن آروغ زدن احساس سوزش و حتی درد نماید. گاهی دیده می‌شود که متعاقب آروغ، قی و استفراغ عارض می‌شود که در این صورت علاوه بر گازهای معده مقداری از مواد غذایی و غیره نیز از دهان خارج می‌گردد. جنس گازی که از دهان خارج می‌گردد، بستگی دارد به نوع تخمیراتی که در معده و قسمت‌های دیگر دستگاه گوارش صورت می‌گیرد.

۲ـ اختلالات عصبی ـ در بعضی از اشخاص عصبی بی‌جهت آروغ‌های معده بروز می‌کند و ممکن است این اشخاص دچار اختلالات هاضمه و گوارشی نبوده باشند. این آروغ‌ها در حقیقت یک نوع تیک است که با هواخوری همراه است.

آروغ‌های این اشخاص گاهی به قدری شدید و پُر صداست که از فاصلهٔ بسیار دور هم ممکن است شنیده شود و برخلاف نوع قبلی به خالی یا پُر بودن معده بستگی ندارد. غالباً

این آروغ‌ها پس از یک هیجان یا تأثّر شدید مانند خشم و غضب و حالاتی نظیر آن بروز می‌کند. گازهایی که از دهان بیمار خارج می‌شود غالباً بی بو است. زیرا فقط از هوایی که بیمار بلعیده است به وجود می‌آید.

آروغ‌های عصبی غالباً پی در پی و زیاد است و اگر با قی یا استفراغ توأم باشد، مانع تغذیهٔ بیمار شده، او را ضعیف و ناتوان می‌سازد. گاهی این تحریک عصبی و آروغ زدن زیاد سبب ناراحتی معده و ایجاد سوء هاضمهٔ مخصوصی می‌شود. البته اگر بیماران عصبی دچار سوء هاضمه شوند خیلی بیشتر از بیماران معمولی آروغ خواهند زد. در بیماران مبتلا به هیستری که ضمناً دچار تیک هواخوری هم باشند، آروغ صورت خاصی به خود می‌گیرد که بسیار شدید و خسته کننده و حتی خجالت آور خواهد بود.

درمان

درمان آروغ به دو صورت، یکی رفع ناراحتی‌های هاضمه و دیگری رفع ناراحتی‌ها و تحریکات عصبی است.

۱ـ برای جلوگیری و درمان آروغ بهتر است از مصرف اغذیهٔ نفاخ، چون آش، آبگوشت، سوپ، سبزی و میوهٔ خام حتی نوشیدنی‌های گازدار خودداری شود.

۲ـ برای رفع تحریکات عصبی از دم کردهٔ سنبل الطیب با نبات روزی سه فنجان میل شود.

۳ـ مصرف قرص‌های آرام‌بخش به درمان آن کمک می‌کند.

استفراغ

استفراغ حالتی است که در نتیجهٔ آن مواد موجود در لولهٔ گوارش از راه دهان بر می‌گردد.

استفراغ علامت مرضی شایعی است که نه تنها در بیماری‌های دستگاه گوارش بلکه در غالب اختلالات بطنی و بیماری‌های عمومی، عفونی، عصبی و غیره نیز عارض می‌شود.

معمول این است که استفراغ‌هایی راکه در بیماری‌های مری مانند تنگی یا سرطان و غیره پیدا می‌شود و در ایجاد آن انقباض عضلات معده یا جدار شکم دخالتی ندارد، (رگورژیتاسیون Regurgitation) یا قی بنامند. رگورژیتاسیون یا قی، برگرداندن موادی است که هنوز کاملاً به معده نرسیده و با ترشحات آن آغشته نشده است. این مواد معمولاً در فضای متسعی که در بالای تنگی التیامی یا سرطانی مری تشکیل می‌گردد، جمع می‌شود. گاهی این مواد به خودی خود برمی‌گردد و گاهی بیمار برای راحتی خود آنها را برمی‌گرداند.

عوامل مسبب استفراغ باعث می‌گردد که:

۱ـ انقباض شدید و ناگهانی در عضلات شکم و حجاب حاجز (دیافراگم) ایجاد شود، به طوری که اگر به جای معدهٔ طبیعی یک کیسهٔ محتوی آب هم در شکم باشد، این انقباضات عضلانی باعث خالی شدن آن می‌گردد.

۲ـ دریچهٔ باب‌المعده بسته شود.

۳ـ دریچهٔ کاردیا (فم‌المعده) باز شود و عضلات مری و حلق انقباض خود را از دست بدهد. حرکات دورانی مخصوص در معده پیدا شود و برخلاف جهت معمول انتشار یابد که به این ترتیب به جای آنکه محتوی معده به باب‌المعده رانده شود، به طرف کاردیا روانه می‌گردد.

چنانکه ملاحظه می‌شود برای اینکه استفراغ به وجود آید، تغییرات مهم و پیچیده‌ای در عضلات شکم و معده بروز می‌کند. این تغییرات در نتیجهٔ واکنشی است که از یک نقطهٔ بدن ناشی می‌شود. نقطهٔ مبدأ این واکنش هر کجای بدن باشد، باید از راه اعصاب حساسه به پیاز نخاع و هسته‌های عصب پنوموگاستریک برسد. اثری که از این مراکز ناشی می‌شود، به وسیلهٔ همین عصب به عضلات معده و حجاب حاجز و غیره می‌رسد و استفراغ عارض می‌گردد.

تحریک الکتریکی کف بطن چهارم مخ حیوان سبب استفراغ می‌شود. تصوّر می‌رود که مرکز استفراغ که طولش در حدود ۲ میلی‌متر است در مجاور کالاموس قرار دارد. با استفراغ معمولاً علائم دیگری مانند رنگ پریدگی، تهوّع، سیاهی رفتن چشم، ضعف و بی‌حالیِ مُفرط و سرگیجه همراه است که در نتیجهٔ اختلالات اعصاب اکوسمپاتیک ایجاد می‌گردد. گاهی قبل از اینکه استفراغ عارض شود، دهان بیمار پُر آب می‌گردد و احساس سوزش مخصوصی در گلوی خود می‌کند.

استفراغ علامت شایعی است که در غالب بیماری‌ها و اختلالات عضوی و عملی دستگاه‌های مختلف بدن عارض می‌شود و ما در اینجا فقط علل بسیار مهم آن را از نظر می‌گذرانیم.

۱ـ اختلالات معده ـ برخلاف آنچه ظاهراً به نظر می‌رسید، استفراغ علامت شایع بیماری‌های مهم معده نیست. مثلاً زخم اثناعشر معمولاً با استفراغ همراه نیست و اگر استفراغی نیز هست غالباً خود بیمار برای رهایی از درد و احساس ناراحت کننده‌ای که دارد عمداً ایجاد می‌کند.

در سرطان معده هم استفراغ‌های سیاه رنگی که مانند دُرد قهوه است دیده می‌شود. ولی این حالت در مراحل بسیار پیشرفتهٔ بیماری ایجاد می‌گردد و چندان نیز فراوان نیست. برخلاف، استفراغ یکی از علائم شایع گاستریت (التهاب معده) حاد عفونی است که در ضمن بسیاری از بیماری‌های عفونی پیدا می‌شود. در سوء هاضمه‌های ساده نیز که فقط بیمار از کندی گوارش شکایت دارد، استفراغ موجود است. علت این استفراغ‌ها غالباً یک گاستریت نزله‌ای خفیف یا اختلالاتی است که در قدرت حرکتی معده پیدا شده است.

بیمارانی که استفراغ‌های شدید و فراوان دارند و روزی چندین مرتبه تکرار می‌شود، اغلب مبتلا به تنگی باب‌المعده یا تنگی دوازدهه یا تنگی قسمت میانی خود معده هستند.

۲ـ بیماری روده ـ استفراغ یکی از علائم بزرگ اختلالات روده است.

در مبتلایان به آنتریت و کولیت حاد و بحران‌های حادّی که در ضمن کولیت (ورم کولون) مزمن پیدا می‌شود و دولیکوکولون (طویلی کولون) و مگاکولون (بازشدن رودهٔ بزرگ) و انسداد انتهای فوقانی روده استفراغ به وفور دیده می‌شود.

۳ـ بیماری‌های پردهٔ صفاق (پریتونیت) ـ یکی از علائم مهم و زودرس پریتونیت‌ها استفراغ است و حتی استفراغ‌هایی که در آپاندیسیت حاد و ساعات اوّل اختناق فتق‌ها بروز می‌کند، غالباً در نتیجهٔ تحریک پردهٔ صفاق مجاور این اعضاست.

۴ـ بیماری‌های احشای بطنی ـ قولنج کبدی، قولنج کلیوی و انفارکتوس روده، معمولاً با استفراغ همراه است.

۵ـ بیماری‌های حاد عفونی ـ غالب بیماری‌های حاد عفونی کودکان مانند پنومونی (سینه‌پهلو) و مخملک و غیره با استفراغ همراه است.

۶ـ مسمومیّت‌ها ـ مسمومیّت‌های حاد یا مزمن خارجی معمولاً سبب استفراغ می‌شود. مثلاً در بیمارانی که به وسیلهٔ الکل یا توتون یا داروی بیهوشی، مسموم شده‌اند غالباً استفراغ بروز می‌کند.

مسمومیّت‌های داخلی مانند استونمی و دارومی و آبستنی نیز باعث استفراغ می‌شود. استفراغ‌های دوره‌ای کودکان که با استونمی همراه است یکی از نمونه‌های استفراغ‌های ناشی از مسمومیّت داخلی است.

۷ـ بیماری‌های عصبی ـ استفراغ یکی از علائم بزرگ غالب بیماری‌های عصبی است. مهمترین بیماری‌های عصبی که سبب استفراغ می‌شود، تومورهای مغز و آنسفالیت و مننژیت‌هاست. استفراغ‌هایی که در میگرن و گلوکوم (افزایش فشار داخلی چشم) به وجود می‌آید نیز، ممکن است به علت اختلالات عصبی باشد. در سندرم مینیِر که در نتیجهٔ اختلالات لابیرنت (گوش درونی) و عصب سامعه پیدا می‌شود هم استفراغ به

وجود می‌آید. استفراغ‌هایی که در بیماری دریا یا بیماری ارتفاعات پیدا مـی‌شود نـیز از استفراغ‌های عصبی به شمار می‌رود.

علل مهم استفراغ‌های عصبی بدین قرار است:

ـ گاهی علت استفراغ افزایش فشار داخل جمجمه است. این نوع معمولاً دیررس بوده و علت شایع آن تومورهای مغز است.

ـ گاهی علت استفراغ هم افزایش فشار داخل جمجمه و هم تحریک موضعی مراکـز مولد استفراغ است. این استفراغ‌ها معمولاً زودرس و علت مهم آنها تومورهایی است که در قسمت خلفی مغز تولید شده است. در این صورت علاوه بر استفراغ، سردرد موضعی در ناحیهٔ قَمَحْدُوِه (استخوانی در پشت سر) و سختی عضلات گردن و علامت کرنیگ و غیره نیز موجود است.

ـ تومورهای کف بطن سوم مخ یا تومورهای هیپوفیز حلقی به طور مستقیم سـبب استفراغ می‌شود. این استفراغ‌ها بسیار زیاد و فراوان است و غالباً با علائم دیگر سـندرم هیپوفیزحلقی و توبرین همراه است.

ـ بالأخره در بحران‌های حاد معدی تابس علاوه بر درد شدید، اسـتفراغ‌هـای فـراوان عارض می‌شود که باعث ضعف و بی‌حالی مفرط بیمار می‌گردد.

۸ـ نـوروزها (بـیماری‌های عـصبی) ـ در مـبتلایان بـه نـوراسـتنی و پسـیکاستنی و هیستری و امثال آن استفراغ‌هایی عارض می‌شود که دارای همان خصوصیات عـجیب بیماری‌های روانی و عصبی است. به این معنی که گاهی بسیار شدید و متوالی و عـلاج نشدنی و گاهی خفیف و نادر است. استفراغ‌های عصبی گاهی اختصاصی است. به ایـن معنی که فقط در نتیجهٔ خوردن یا نگاه کردن به بعضی غذاها ایجاد می‌شود. البته بین این استفراغ‌هایی که خود بیمار واقعاً از آن ناراحت و بیمناک است با استفراغ‌هایی کـه بعضی از بیماران عمداً سعی می‌کنند که ایجاد نمایند، باید فرق گذاشت.

۹ـ بیماری‌های دستگاه تنفس ـ در بـیماران مـبتلا بـه نـزلهٔ گـلو و حـنجره بـه عـلت تحریکی که از ناحیهٔ گلو ایجاد می‌شود، استفراغ بروز می‌کند، در بیماران مبتلا به سیاه سرفه پس از هر حملهٔ «سرفه‌های قطاری» غالباً استفراغ عارض می‌شود.

در بعضی از بیماران مسلول استفراغ‌های شدیدی پیدا می‌شود که مـمکن است بـه

علت ایجاد کم‌غذایی خطرناک واقع شود. این بیماران یک ربع یا نیم ساعت پس از صرف غذا دچار سرفه‌های متوالی و شدید می‌شوند که آرام نمی‌شود. مگر اینکه تمام غذای موجود در معدهٔ بیمار برگردد. در حقیقت این بیماران سرفه می‌کنند، به علت آنکه معده‌شان از غذا پُر شده و استفراغ می‌کنند، به سبب آنکه سرفه بر آنان عارض شده است. البته اجتماع سرفه و استفراغ که هر دو از تظاهرات و تحریکات عصب پنوموگاستریک است، یک امر عادی به نظر می‌رسد.

۱۰ـ آلرژی و آنافیلاکسی ـ بعضی از استفراغ‌ها را جز به حسّاسیت مخاط معده و آنافیلاکسی (حساسیت به پروتئین) به چیز دیگری نمی‌توان مربوط دانست.

۱۱ـ بالأخره استفراغ‌هایی وجود دارد که به هیچ یک از علل فوق مربوط نیست. این استفراغ‌ها که گاهی به علت تأثّر و تألّم یا خستگی و غیره پیدا می‌شود، ممکن است یک عادت همیشگی برای بیمار گردد. به طوری که دائماً مزاحم بیمار بوده و با هیچ دارویی نیز درمان نگردد.

علائم:

برحسب خواص استفراغ:

الف ـ استفراغ توأم با تهوّع ـ که نمونهٔ آن در سوء هضم (اندیژستیون) و بیماری دریا و خورانیدن اپیکا و غیره دیده می‌شود. این استفراغ‌ها با تهوّع شدید و ناراحت‌کننده‌ای همراه است.

ب ـ استفراغ دردناک ـ که با درد زیاد ناحیهٔ اپی‌گاستر همراه است و اصولاً پس از استفراغ دردها نیز تسکین می‌یابد. نمونهٔ اصلی این نوع استفراغ‌ها در هیپرکلریدری و زخم اثناعشر دیده می‌شود.

ج ـ استفراغ عصبی ـ که در بیماری‌های عصبی مانند تومورمغز و مِنَنْژیت و غیره عارض می‌شود. اولاً با تهوع و احساس درد همراه نیست و ثانیاً در حال ناشتا هم پیدا می‌شود. این استفراغ‌ها به سهولت و بدون زحمت ایجاد می‌شود. به این معنی که ناگهان آنچه در معدهٔ بیمار موجود است به مانند جهش آب یا فواره به خارج ریخته می‌شود. باید دانست موارد نادری هم ذکر شده که استفراغ‌های عصبی با تهوّع همراه بوده است.

برحسب وفور:

الف ـ استفراغ‌های نادر که بسیار دیر به دیر بروز می‌کند.

ب ـ استفراغ‌های روزانه که هر روز در شرایط یکسانی عارض می‌شود.

ج ـ استفراغ علاج‌ناپذیر که غالباً چندین مرتبه در روز بروز می‌کند.

بیمارانی که مبتلا به این نوع استفراغ باشند، ابداً نمی‌توانند چند قطره آب یا یک لقمه غذا وارد معدهٔ خود سازند؛ زیرا، به سرعت دچار استفراغ شده و آنچه خورده‌اند برمی‌گردانند. شکّی نیست که این نوع استفراغ به مرور باعث کم غذایی و ضعف مفرط و لاغری بیمار می‌گردد. در چنین زمینهٔ کم مقاومت و مستعدی چه بسا که یک بیماری عفونی، خاصه سل بروز کند و بیمار را به خطر نزدیک‌تر سازد.

برحسب مواد استفراغ شده:

الف ـ استفراغ غذایی ـ این استفراغ‌ها بر دو نوع است؛ زودرس و دیررس.

استفراغ زودرس بلافاصله پس از صرف غذا عارض می‌شود و موادی که برمی‌گردد، همان مواد غذایی مصرف شده است بدون آنکه تغییرات زیادی پیدا کرده باشد.

استفراغ دیررس چندین ساعت پس از صرف غذا ایجاد می‌شود و ماده‌ای که برگشته است، تغییرات زیادی پیدا کرده و کم و بیش هضم شده است، به طوری که شناختن نوع آنها تقریباً مشکل می‌شود.

استفراغ‌های دیررس‌تری نیز وجود دارد که در نتیجهٔ راکد شدن مواد غذایی در معده پیدا می‌شود. در این نوع ممکن است مواد غذایی که بیمار چندین روز قبل مصرف کرده، دیده شود.

استفراغ‌های زودرس بوی زننده و نامطلوبی ندارد و فقط ممکن است بوی ترش شدگی بدهد. استفراغ‌های دیررس ممکن است بوی زننده‌ای مانند بوی تخم‌مرغ گندیده داشته باشد که در نتیجهٔ تخمیر مواد غذایی ایجاد شده است.

ب ـ استفراغ آبکی ـ در این حالت، مقدار نسبتاً زیادی مایع که در آن کم و بیش بقایای مواد غذایی معلق است خارج می‌شود. غالباً این نوع «گاستروبسوکودره»های شدید به

وجود می‌آید.

ج ـ استفراغ مخاطی ـ این استفراغ‌ها بسیار نادر است و از افزایش ترشح غدد مخاطی معده ایجاد می‌شود. ماده‌ای که برمی‌گردد، لزج و بلغمی که گاهی با خون و گاهی با صفرا همراه است. غالباً استفراغ‌های مخاطی در بیمارانی عارض می‌شود که دچار «گاستروميكسوره» متناوب باشند.

د ـ استفراغ صفراوی ـ در صورتی استفراغ صفراوی خالص ایجاد می‌شود که معده را خالی کرده باشند یا استفراغ‌های قبلی محتویات معده را خارج کرده باشد. این نوع غالباً مقدمهٔ بروز استفراغ‌های مدفوعی‌شکل است. در ضمنِ حملات حاد صفراوی مالاریا، گاهی استفراغ صفرای خالص بروز می‌کند.

استفراغ سبز ـ استفراغ سبز مایل به زرد که آن را استفراغ پورراسه می‌نامند، معمولاً در پریتونیت‌های حاد و انسداد روده و غیره دیده می‌شود.

هـ ـ استفراغ مدفوعی‌شکل ـ استفراغی است که در آن محتویات رودهٔ باریک دیده می‌شود. این استفراغ در پریتونیت حاد و انسداد روده به وجود می‌آید.

استفراغ مدفوعی ـ استفراغ مدفوع خالص در مواردی دیده می‌شود که میان معده و قولون، فیستولی موجود باشد. چنین فیستولی غالباً در سرطان‌های این دو عضو به وجود می‌آید.

ز ـ استفراغ خونی ـ استفراغی است که علاوه بر مواد غذایی، خون هم در آن باشد. استفراغ‌های خون خالص را در فصل جداگانه مورد بحث قرار خواهیم داد.

ح ـ استفراغ بلغمی (پیتوئینی) ـ استفراغی است که از یک مادهٔ کش‌دار لزج سفید یا مایل به زردی تشکیل شده است. بیمار معمولاً صبح‌ها در حال ناشتا بدون آنکه احساس ناراحتی کند دچار پیتوئین می‌گردد. این مواد تشکیل شده است از آب دهان بلع شده و ترشحات مخاط گلو، ترشحات مخاط معده و گاهی نیز صفرا یا خون. پیتوئیت غالباً در بیماران مبتلا به الکلیسم مزمن دیده می‌شود.

ط ـ استفراغ چرکی ـ استفراغ وقتی چرکی است که یک مجموعهٔ چرکین پیرامون معده را فراگیرد.

عوارض

استفراغ‌های فراوان و پی در پی باعث تغییرات زیادی در رطوبات (هومورهای) بدن می‌شود که نتیجهٔ آنها به این قرار است:

ـ خشک شدن آب نسوج و پژمرده شدن پوست.

ـ کم شدن نمک پلاسما و بافت‌ها به علت از دست دادن آن از راه استفراغ زیرا چنانکه می‌دانیم ترشحات معده دارای مقدار قابل ملاحظه‌ای نمک است.

ـ هیپرازوتِمی که خود در نتیجهٔ کم شدن نمک بافت‌هاست.

ـ ذخیرهٔ قلیایی بدن یا تغییر نمی‌کند یا کمی افزایش می‌یابد.

باید دانست که این تغییر رطوبات در صورتی که بسیار شدید شود، خود باعث ادامه یافتن استفراغ می‌گردد و به این ترتیب «تسلسلی» تشکیل می‌شود. برای قطع این تسلسل زیان‌بخش کافی است که مقدار زیادی سرم نمک‌دار ایزوتونیک زیر جلد یا سرم هیپرتونیک شور داخل رگ تزریق کنند.

استفراغ‌های ناشی از هیستری و سایر بیماری‌های سخت، سبب ناتوانی شدید بیمار می‌گردد. بیماری که هر چه می‌خورد برمی‌گرداند و حتی یک قطرهٔ آب را هم نگه نمی‌دارد، البته به سرعت لاغر می‌شود و همین لاغری و ضعف بی‌شک عواقب وخیمی در بر خواهد داشت.

تشخیص

غالباً تشخیص مثبت استفراغ با دیدن آن یا با گوش دادن به شرح حال بیمار آسان است و در صورتی که شکی بماند، کافی است به بیمار دستور داده شود موادی که برمی‌گرداند در ظرفی جمع کند. دیدن این مواد و آزمایش شیمیایی آن تشخیص را محقّق می‌سازد. در این مواد هم غذاهای کم و بیش هضم شده و هم اسید کلریدریک و هم ترشحات دیگر معده موجود است.

تشخیص افتراقی استفراغ با هماتمز (استفراغ خون) و هموپتیزی (استفراغ خلط خونی) و ومیک (استفراغ چرک) و غیره کمتر مطرح می‌شود؛ ولی، باید استفراغ را از رگورژیتاسیون یا قی و استفراغ‌هایی که از برگرداندن مواد موجود در مری ناشی می‌شود تمیز داد.

بیماری که قی می‌کند بدون هیچ احساس ناراحتی و فقط با تغییر وضع بدن مانند خم شدن به جلو یا به پهلو و غیره غذایی که خورده است بیرون می‌ریزد. در حقیقت باید گفت در ایجاد قی، انقباض جدار شکم و حجاب حاجز و عضلات معده دخالتی ندارد.

موادی که خارج می‌شود ممکن است بسیار زیاد باشد. گاهی دارای بقایای غذاهایی است که بیمار چندین روز قبل صرف کرده است و به اضافه در این مواد معمولاً اسید کلریدریک وجود ندارد.

پس از آنکه معلوم شد بیمار دچار استفراغ است باید برای تشخیص علت آن کوشید و برای این منظور باید اولاً علائم دیگری که ممکن است همراه استفراغ باشد در نظر گرفت و ثانیاً معاینهٔ کاملی از دستگاه گوارش و دستگاه‌های دیگر بدن به عمل آورد. به این ترتیب غالباً به تشخیص علت استفراغ می‌رسند، ولی اگر معاینات بالینی کافی نبود باید به آزمایش پرتوشناسی و آندوسکوپی مبادرت کرد.

به ندرت بیمارانی دیده می‌شوند که در نتیجهٔ تمرین زیادی که کرده‌اند قادرند جدار شکم و عضلات و حجاب حاجز خود را طوری منقبض کنند که سبب استفراغ گردد. این استفراغ‌های عمدی چندان شایع نیست و به علاوه در صورتی می‌توان به آنها فکر کرد که تمام آزمایش‌های بالینی و پرتوشناسی و آزمایشگاهی به نتیجهٔ مثبتی نرسیده باشد.

پیش آگهی

پیش آگهی استفراغ بستگی به شدت و علت آن دارد. در مقابل استفراغ ساده‌ای که در نتیجهٔ سوء هضم خفیف پیدا می‌شود، استفراغ‌های شدید و ناراحت‌کننده‌ای وجود دارد که گاهی به هیچ ترتیب نمی‌توان آنها را بند آورد و چه بسا که همین استفراغ‌های شدید جان بیمار را به مخاطره اندازد.

درمان

درمان اساسی استفراغ درمان علت آن است که به ندرت ممکن است به درمان‌های تسکینی و موقّتی احتیاج باشد. مع‌هذا در مورد بعضی از استفراغ‌های شدید و مکرر باید به تدابیر احتیاطی زیر پرداخت.

رژیم ـ گاهی از اوقات لازم است که بیمار پرهیز غذایی کامل داشته باشد. به این معنی

که چربی نخورد ولی به ناچار باید از راه‌های دیگر، به بدن او غذا رسانید. این قبیل بیماران فقط مجازند که دهان خود را با آب جوشیدهٔ خنک یا محلول بیکربنات و غیره بشویند و به این ترتیب، اندازه‌ای از شدت تشنگی خود بکاهند. آبی که برای بدن بیماران لازم است باید از راه رودهٔ مستقیم یا از راه زیر جلد یا داخل ورید به کار رود. ولی هر وقت که بیمار توانست چند قاشق آب را تحمل کند، نباید از او دریغ داشت. پرهیز کامل و نخوردن غذا در استفراغ‌های ناشی از گاستریت حاد بسیار مؤثّر است. ولی در استفراغ‌هایی که به علت تومورهای مغز و آبستنی و نوروپاتی و نظایر آن باشد، پرهیز و کم کردن غذا بی‌نتیجه است. این قبیل بیماران نوشیدنی‌های بسیار سرد و گازدار را غالباً تحمل می‌کنند.

دارو- برای تسکین استفراغ می‌توان آب کلروفرمهٔ اشباع شده، آب مانتوله (از قبیل عرق نعناع) یا لوسیون‌های A و B «ریویر» و غیره را تجویز کرد، ولی اگر استفراغ به علت انسداد معده یا باب‌المعده یا پریتونیت و غیره است، قبل از هر چیز باید به برطرف کردن علت اقدام نمود.

تجویز بلعیدن قطعات کوچک یخ و گذاردن کیسهٔ یخ در ناحیهٔ اپی‌گاستر در هر حال مفید است.

مهمترین داروهای ضد استفراغ به این قرار است

- بلادون و آتروپین و ترکیبات آنها - بلادون که عصب پنوموگاستریک را فلج می‌کند، مُؤثّرترین داروی ضد استفراغ است. ولی گاهی نیز بی‌اثر است. تنتور بلادون و ترکیبات خوراکی دیگر بلادون را در صورتی می‌توان تجویز کرد که بیمار بتواند آنها را تحمل نماید. ولی معمولاً احتیاج به تزریق $\frac{۱}{۴}$ یا $\frac{۱}{۲}$ یا یک میلی گرم آتروپین است که اثر آن حتمی‌تر است.

برمور و پاپاورین و مرفین و کینین را که کم و بیش از حساسیت کلی دستگاه عصبی می‌کاهد، می‌توان به عنوان ضد استفراغ به کار برد. البته در استفراغ‌هایی که در بیماری دریا یا ارتفاعات پیدا می‌شود، فقط گاهی مُؤثّر است. در بیماران مسلولی که دچار سرفه‌های استفراغ‌آور می‌گردند، تجویز یک یا دو قاشق آب کلروفرمه یا محلول‌های کوکائین یا استووآئین‌دار نیم ساعت قبل از غذا بسیار مؤثّر است. به این ترتیب بیماری را که از خوراک افتاده بود، دو مرتبه می‌توان به غذا خوردن تشویق کرد.

چنانچه دسترسی به داروهای ذکر شده برایتان مقدور نباشد، قبل از هر چیز باید بیمار استراحت نماید.

۱ـ می‌تواند یکی دو فنجان قهوه میل نماید.

۲ـ از داروهای آرامش‌بخش روزی سه دانه میل نماید.

استفراغ کودکان

چرا کودک شما استفراغ می‌کند؟
آیا کودک شما گرسنه است؟
آیا او زیاد می‌خورد؟
آیا غذای او کافی نیست؟
باید بدانید که این عارضه خطرناک است...

استفراغ یا قی نه تنها کودک را رنگ پریده و ناراحت می‌کند، بلکه مادر را نیز مضطرب و پریشان می‌سازد؛ حتی گاهی نیز پزشک معالج را دچار مشکل می‌نماید. زیرا مادر با نهایت اصرار می‌خواهد که شیرخوارش فوراً درمان شود تا مبادا از بی‌غذایی صدمه ببیند.

از طرفی پزشک نیز تا علت بیماری را نیابد درمان برایش دشوار است و از طرف دیگر بعضی اوقات بر اثر عدم تحمل، معدهٔ بچه هیچ دارویی را نگاه نمی‌دارد. اینجاست که ما پزشکان، مادران جوان و گرامی را به مطالعهٔ این بحث دعوت می‌کنیم.

قبل از شروع به توضیح علل استفراغ کودکان بد نیست بدانیم که بسیاری از شیرخواران بعد از خوردن شیر، کمی از آن را (بریده) همراه با هوای بلعیده به خارج می‌آورند و این نباید برای مادران ایجاد نگرانی نماید. ولی استفراغ واقعی آن است که تمام یا قسمتی از محتوی معده سریعاً (شیر خالص) و یا بعد از مدتی به صورت شیر بریده خارج شود. در اینجا مادران باید توجه فرمایند و پزشک معالج کودک را یاری نمایند و بگویند که در استفراغ کودک خون، صفرا، بلغم و مدفوع بوده است یا نه و نیز یادآور شوند که قی با ملایمت و گاه گاهی انجام می‌گیرد یا اینکه شیر با قوّت و فشار از دهان خارج می‌شود و نیز باید توجه شود که استفراغ کودک با تب و یا تشنّج توأم بوده است یا خیر؟ البته یادآوری عوارض برای روشن شدن و تشخیص صحیح علت استفراغ ضروری است.

علل استفراغ شیرخواران

۱ـ در کلیهٔ امراض تب‌دار ممکن است استفراغ در کودکان دیده شود. در اکثر بیماری‌های خردسالان در آغاز شروع بیماری و گاهی در تمام طول مدت آن استفراغ دیده می‌شود. در زکام، سرماخوردگی، سینه پهلو، مننژیت، در بیماری گوش، تورم لوزه‌ها و عفونت کلیه‌ها استفراغ دیده می‌شود.

۲ـ دومین علت مهم استفراغ شیرخواران اختلالات هاضمه و اشتباه در تغذیه است. غذای نامناسب با وضع کودک یا غذای فاسد موجب استفراغ‌های سخت در کودکان می‌شود. زیاد خوراندن به کودک یا بدون دستور پزشک و تحت تأثیر تبلیغات گمراه کننده از شیرهای خشک بی‌تناسب به کودک دادن، مصرف شیرهای چرب و یا شیر ترشیده، باعث قی و اسهال در کودکان می‌شود و دقت در وضع تغذیهٔ کودک، این ناراحتی‌ها و استفراغ‌ها را پایان می‌بخشد.

۳ـ متخصّصین یکی از علل استفراغ در شیرخواران را پُر از هوا شدن معده (هواخوری Aerophagie) می‌دانند. بلعیدن هوا تا حدّی نزد همهٔ بچّه‌ها دیده می‌شود. کودک با هر جرعه شیر، مختصری هوا بلعیده، مایع و گاز به تدریج معده را پُر می‌کند. بعضی اوقات این بلع هوا زیادتر از حدّ عادی است و ایجاد یک سلسله اختلال در کودک می‌نماید. این نوع استفراغ‌ها بلافاصله بعد از شیر خوردن و بدون حال تهوّع و به آسانی دست می‌دهد. چه بسا که در اثر فشار روی معده یا تکان دادن طفل استفراغ پیش آید. در نزد بعضی کودکان که از پستان مادر شیر می‌خورند، به علت کمی شیر مادر یا برجسته نبودن نوک پستان هواخوری زیاد دیده می‌شود، همچنین در تغذیه با شیر گاو یا شیر خشک که با شیشه پستانک داده می‌شود. هرگاه نوک پستانک بسیار تنگ و زمان مکیدن طولانی باشد، همین عوارض رخ می‌دهد و نزد بعضی از بچّه‌ها که عادت به مکیدن پستانک خالی یا گول زن دارند نیز هواخوری و استفراغ دیده می‌شود.

۴ـ یکی از علل مهم استفراغ که متأسّفانه مادرها توجه ندارند و پزشک باید آن را تشخیص دهد، استفراغ در اثر گرسنگی است. این کودکان مقدار شیری را که می‌خورند به قدری کم است که این شیر معده را به انقباض وانمی‌دارد. از طرفی دیگر حجم هوا به

تدریج جدار معده را باز می‌کند و عاقبت در اثر انقباض شدید، هوا با مختصر شیری که به معده وارد شده بود به خارج برمی‌گردد. اغلب مادران این حقیقت را که به کودکشان شیر کافی نمی‌دهند قبول ندارند و باز در اینجا توجه آنان را به وضع شیرخوارشان جلب می‌کنیم.

۵ـ از دیگر علل استفراغ کودکان باید به بیماری‌های جراحی توجه کرد، مانند آپاندیسیت.

اسهال کودکان

اسهال یکی از بیماری‌های شایع است که متأسفانه هر کودکی در سنین شیرخواری و بعد از آن دچار می‌شود و باز ممکن است بدبختانه این اسهال به جایی برسد که سلامت و جان کودک را به خطر انداخته، چراغ هستی او را خاموش و والدین او را داغدار نماید. اینجاست که آشنایی همه با این بیماری و علل ابتلا به آن از واجبات بوده و ضرورت دارد بدانیم که چرا کودکان دلبندتان چنین، دچار رنج و بیماری می‌شوند و چرا این قدر این بیماری میان شیرخواران شایع است. همان طور که گفتیم اسهال از شایع‌ترین بیماری‌های اطفال است و نیز باید بدانید که این اسهال‌ها چیزی نیست جز سوء هضم حاد شیرخواران. حتی‌الامکان سعی نمایید که کودکان مملکت بدان دچار نگردند، چه در سرزمین‌های متمدن از اهم وسایل تکثیر نفوس آن است که از شیوع اسهال اطفال در تابستان‌ها کاسته شود و بدبختانه تلفات این عارضه در خانواده‌های مستمند ما از شمار خارج است.

هنوز نمی‌دانیم از چه راه شیرخواران به سهولت گرفتار شکم روش می‌گردند، ولی قدر مسلم این است که در دو سال اول عمر طفل فوق‌العاده در معرض این کسالت بوده، استعدادی خاص برای اسهال از خود نشان می‌دهد که به مرور زمان خوشبختانه کم می‌شود. از طرف دیگر روشن است که وقتی سه شرط زیر جمع شد، ابتلا به اسهال تقریباً قطعی است. اوّل تغذیهٔ بد و در ثانی هوای گرم تابستان و در ثالث فقر محیط و جهالت مادر. راستی آیا این حقیقت تلخ گفتن دارد که از این بابت اکثر اطفال ایران جامع‌الشرایط هستند و بسیاری از فرزندان خانواده‌های هموطن ما را تغذیه با شیر گاو در گرمای تابستان و نیز بی‌اطلاعی مادران می‌کُشد؟ ناگفته نماند که بر عوامل مذکور عوامل دیگری را هم باید افزود که آن عفونت‌ها و امراض خارج روده است. از این نظر خوب است بدانید که بعضی بیماری‌ها خصوصاً با علائم هاضمه همراه‌اند. مثلاً باکتری پنوموکوک کمتر

سبب اسهال است و حتی ذات‌الرّیه‌های بسیار سخت در شیرخواران بدون عوارض روده دیده می‌شود. به عکس عفونت‌های مربوط به باکتری استرپتوکوک در پیدایش شکم روش خیلی مُؤثّرند و آنژینی ساده یا گوش دردی مختصر با اسهالی شدید توأم خواهد بود. با این شرح دانستید که اسهال شایع‌ترین و کُشنده‌ترین بیماری نفوس خردسال این کشور گاهی مرضی است غذایی و مربوط به اشتباهات مادران و یا فاسدبودن شیر گاو که به آن اسهال اولیه می‌گوییم، به عکس بسیاری از موارد اسهال، ثانوی است؛ یعنی، به علت کانون عفونتی دور از روده، کودک کسالت و ناراحتی خویش را با اسهال و استفراغ بروز می‌دهد. اکنون با ترقی وسایل پزشکی، اهمیت این دستهٔ اخیر بیشتر شده و درمان کانون‌های عفونت در گوش یا کلیه و سایر اعضا راه درمان اسهال را تسهیل نموده است. این اسهال‌های ثانوی متعلق به شیر مادر خواران و شیر گاو خواران، هر دو می‌باشد؛ ولی طبیعی است که شیوع عفونت نزد دومی‌ها به مراتب بیشتر از دستهٔ اول است. نکتهٔ جالب توجه اینکه در شرایط واحد استعداد ابتلای به اسهال نزد همهٔ شیرخواران یکسان نیست. جمعی بدون علت واضح اسهال‌های متوالی دارند، ولی اکثر موارد اسهال را نزد شیرخواران چندماهه یا خصوصاً نوزادان خواهید دید؛ خاصه وقتی نارس به دنیا بیایند یا مبتلا به عفونت‌های هاضمهٔ مزمن، آترپسی (سوءتغذیهٔ پروتئین ـ کالری) یا اگزما و عوارض طولانی دیگر باشند.

سبب اسهال شیرخواران چنانکه بیان شد گاهی به سوء تدبیر مادر و نوع تغذیهٔ طفل مربوط است و بسیاری اوقات از عفونتی که کشف و درمان آن بهترین راه علاج اسهال است ناشی می‌شود. کیفر هر اشتباه و سهل‌انگاری در بچّه‌داری اسهال است، به طور کلّی می‌توان گفت مادران غم‌خوار و فهمیده (هر دو شرط ضروری است) کمتر به علت اسهال، بچهٔ خود را از دست داده‌اند. عدم مراقبت در تهیهٔ شیر و جوشاندن آن و رعایت‌نکردن نظم در تغذیهٔ کودک یک عاقبت مسلّم دارد، و آن اسهال است. شمردن این علل امکان عقلی ندارد و بدبختانه در کانون‌های فقیر این سرزمین، بچه از این نوبت اسهال شفای کامل نیافته که دوباره مبتلا به اسهالی تازه می‌شود.

پُرخوری کمتر جزء علل اسهال به‌شمار می‌رود، چه خود اشتهای کودک بهترین

راهنماست و همین که بچه به حد کفایت شیر آشامید، پستان را عقب می‌زند. ولی گاهی پُرخوری نیز به اسهال منتهی می‌شود. یکی در گرمای شدید تابستان که طفل به علت عطش فوق‌العاده از طرف شیر استقبال زیاد نموده، بیش از مقدار کافی می‌نوشد و دچار سوء هضم می‌گردد؛ دیگری اطفال رنجور و ضعیف المزاج (نارس‌ها Debiles) خصوصاً آنها که بیماری مزمن و دامنه‌داری تحمل معده‌شان راکاسته و با سالم‌ترین شیرها یعنی شیر مادر گرفتار اسهال می‌شوند. در مورد این دسته دقت و مراقبت دائم لازم است تا طفل رشد مطلوبی داشته باشد. یکی از اشتباه‌های متداول مادران (و بعضی از پزشکان) این است که در تمام دورهٔ شیرخواری، یک استکان آب و یک استکان شیر را غذای بهشتی طفل می‌شمارند، همین باعث اسهال، وقفهٔ رشد و ضعیف نمودن قوای هاضمه و به قول خودمان کور نمودن اشتهای بچّه است. دادن نان و آبگوشت و گاز گرفتن پوست سیب و گچ دیوار و بازی در باغچه و غیره دیر یا زود به اسهال منتهی می‌شود. اگر بهداشت عمومی ترقی نماید و شیر سالم در دسترس باشد که در دوشیدن و حمل و نقل آن نظارت صحیح و کامل به عمل آمده است و اگر پزشکان جوان کشور به تعلیم رویهٔ غذایی صحیح و ارشاد مادران همّت گمارند، جمع کثیری از خردسالان بدون عوارض هاضمهٔ سخت رشد خواهند نمود. ولی عدهٔ قلیلی از بیماران در بهترین شرایط، باز جسته و گریخته اسهال پیدا می‌کنند و سوء هضم ایشان را به عدم تحمّل شیر گاو (آنافیلاکسی) منسوب دانسته‌اند. باید دانست که این پیشامد بسیار نادر و عملاً خالی از اهمیت است. به عکس علت اساسی و برجستهٔ اسهال شیرخواران عفونت‌های مختلف است که خواه روی پوست و خواه کلیه و خصوصاً در حلق و گوش و بینی به وضع نهفته و بی‌سر و صدایی سیر نموده، موجد اسهال می‌گردند که عده‌ای آن را گاه به سنگینی شیر نسبت می‌دهند و گاه نیش‌زدن دندان‌ها را عامل مُؤثّر می‌پندارند.

در حقیقت مطالعات جدید، پزشکان را ناگزیر نموده که در مقابل این مرض گاهی بدون علامت خارجی به سوراخ نمودن پردهٔ صماخ و حتی عمل نمودن آنتریت بپردازند، تا اسهال وخیم رو به بهبود برود. اگر پیشرفت فن پزشکی بعضی علل اسهال را روشن نموده است، در طرز پیدایش (پاتوژنی) آن هنوز مجهولات بسیار است. مسلم است که

ناتوان و نارس بودن قوای هاضمهٔ کودکان بی‌تأثیر نیست و به همین لحاظ نوزادان (خصوصاً نارس‌ها و دو قلوها) یا مبتلایان به امراض سخت و طولانی؛ چون آترپسی بیشتر در معرض اسهال‌اند. از طرف دیگر ثابت شده است که گرمای محیط و تب و عفونت‌ها، ترشحات معده و اثناعشر را به وضع خاصی تنزّل می‌دهند و شاید کمی ترشح این نقاط باعث رشد و نمو میکروب‌های موذی می‌گردد.

در اسهال، از یک طرف ترشحات هاضمه و از طرفی دیگر حرکات معده و امعا دچار اختلال می‌گردد که در نتیجه، هضم مواد، خصوصاً چربی و مواد قندی با اشکال مواجه می‌شود. از جانب دیگر حرکات مختل موجب می‌شوند که آب و املاح نه تنها جذب نشده، بلکه به عکس مقادیر زیادی هر روز از بدن خارج گردد.

یکی از سخت‌ترین عواقب اسهال (دزیدراتاسیون Deshydration) است که اهمیّتی بی‌مانند دارد و عامل اصلی پیدایش آن اسهال و استفراغ است. گو اینکه در اثر امساک در آب دادن به طفل (چه بسا فقط از روی جهالت) یا خونریزی‌های مختلف یا سوختگی‌های سخت همین حال ممکن است عارض گردد؛ به نظر چنین می‌آید که خطر عمدهٔ شکم روش شیرخواران در همین تخلیهٔ مایعات ذخیره شده در بدن باشد. قطعاً می‌دانید که آب و املاح در ساختمان نسوج آدمی (خصوصاً خردسالان) چه نقش شایان توجهی دارد. نصف وزن بدن طفل را مایع داخل سلول‌ها درست می‌کند و بیست درصد دیگر وزن بدن به صورت مایع، بین سلول‌ها و نسوج در جریان است (۵ درصد آن به اسم پلاسما در خون و ۱۵ درصد به شکل مایع بین نسوج) این مایع (بینابینی Interstitiel) که بین نسوج در جریان و حد فاصل بین خون و آب واقع در سلول‌هاست، مخزن آب و املاح مهم شمرده می‌شود. در موارد اسهال همین که آب و املاح بدن کم می‌شود، فوراً خون درصدد مرمّت ضایعات برمی‌آید و این آب و املاح را خصوصاً از مایع نسوج برداشت می‌کند. اگر وضع سخت‌تر شود، قاعدتاً آب و املاح داخل سلول‌ها باید جبران عواقب سوء اسهال را بنماید، ولی این عمل کمتر صورت امکان می‌پذیرد، چرا که دو ساختمان متفاوت در کار است. خون و مایع نسوج دارای کلر و سدیم هستند، در صورتی که مواد موجود در سلول‌ها آمیخته به فسفر و پتاسیم است. من سعی کردم که با این مختصر،

اهمیّت آب را در سوخت و ساز بدن اطفال شما گوشزد کنم و وقتی دانستید که در اسهال مقدار زیادی (بیش از ۶۰۰ سی‌سی در هر روز) آب و املاح بدن فقط از راه مدفوع خارج می‌گردد، خود به وخامت وضع این مرض پی می‌برید. از طرف دیگر خوب است بدانید که سوء هاضمهٔ شیرخواران در نهایت با ضایعات عضوی مهم (در معده و روده) همراه نیست. این مرض به علت اختلال در عمل گوارش عارض می‌شود و تنها اختصاصی که دارد تأثیر فوق‌العاده سریع و عمیق آن در حال عمومی طفل است و از این بابت با عوارض روده بزرگسالان بسیار متفاوت است.

اشکال مختلف اسهال شیرخواران

الف ـ اسهال ساده

شروع بیماری را استفراغی بی‌علت اعلام می‌نماید و چندی نمی‌گذرد که مدفوع‌های اسهالی تکرار می‌شود و به روزی پنج الی دَه بار می‌رسد. گرچه مدفوع رقیق است، ولی آب خالی نیست و در همه حال کهنه‌های طفل آلوده به مدفوع خواهد بود. رنگ آن زرد مخلوط به سبز یا کاملاً سبز است (به علت وجود رنگدانه‌های صفراوی) و در آن قطعات چوبی هضم نشده مخلوط با بلغم به وفور دیده می‌شود. بوی تعفن آن زیاد و واکنش آن اسیدی است، لذا موجب قرمزی ناحیهٔ سرین و التهاب پوست خواهد شد. اشتهای طفل کم و کودکِ خنده‌رو، کم حوصله و بهانه‌گیر می‌شود. کودک دو زانوی خویش را روی شکم جمع نموده از درد ناله می‌کند. (کولیک Coliques) برحسب تعریف علائم عمومی سخت در این حالت نیست. مع‌ذالک مختصر تبی موجود است و افزایش وزن متوقف می‌گردد و طفل رنگ پریده است. هرگاه لاغری سریع و آثار دزیدراتاسیون نمایان شد، باید دانست که مزاج بیمار مریض‌تر از آن است که در ابتدای امر به نظر آمده است.

درمان

این اسهال ساده مشکلی ندارد و ظرف چند روز آثار سوء هضم برطرف گشته مدفوع و اشتهای کودک به وضع اول خود برمی‌گردد. ولی به هر حال فراموش نکنید که در بالین بیمار، اسهال اولیه را از ثانوی نمی‌توان تمیز داد، لذا در همه حال باید از مریض امتحان کامل نمود و خصوصاً از نظر وضع مجاری تنفسی فوقانی و گوش نباید غفلت کرد. در این

مورد اگر طفل شیر مادر می‌خورد چند ساعت امساک کنید و فقط آب جوشیدهٔ خنک به کودک بدهید، سپس در دو سه نوبت اول باز مقدار کمتری شیر به طفل بدهید و قبل از به پستان گذاشتن بچه کمی قندآب یا چای کم‌رنگ به وی بدهید. ضمناً شیر را با دست خالی کنید که به ترشحات پستان لطمه وارد نیاید. در تغذیهٔ مصنوعی نیز رویه همین است. معمولاً ۲ الی ۱۲ ساعت (بسته به شدت عوارض) به طفل شیر نخواهند داد و برای هر کیلوگرم وزن بدن لااقل ۱۵۰ گرم آب با کمی قند تجویز می‌کنند. سپس تدریجاً و با نهایت احتیاط باید به تغذیه پرداخت. بهتر است که در این موقع شیرهای کم چربی را انتخاب کنید و تدریجاً ظرف چند روز به غلظت متناسب با سن کودک برسانید.

ب ـ (اسهال وبایی شکل Diarrhee Choleri Forme)

در مقابل شکل سادهٔ اسهال که قبلاً بیان شد و چندان هم نگران‌کننده نبود، اینک سخت‌ترین صورت سوء هضم را مورد بحث قرار خواهیم داد. در تمام مسائل طبی هیچ پیشامدی به فوریت و اهمیّت معالجهٔ این بیماران نیست. از اسامی گوناگونی که به این بیماری داده‌اند وخامت وضع مرضی را می‌توان حدس زد. بعضی به آن (توکسیکوز Toxicose) نام نهاده‌اند. برخی آن را مسمومیت غذایی پنداشته، عده‌ای به آن وبای کودکان اطلاق نموده و برخی نام آن را از روی دو علامت مرض، (اغمای سوءهاضمه‌ای Coma Dyspeptique) ترجیح داده‌اند. به هر اسمی که آن را بخوانید بلاشک از فوری‌ترین و دشوارترین بیماری‌های دورهٔ کودکی است. اینجا علائم سوء هضم (اسهال و قی) کاملاً موجود بوده ولی خصوصیت عمدهٔ کسالت در جمع بودن نشانه‌های وخیم‌تر است.

۱ـ لاغری و دزیدراتاسیون (کم‌آبی) شگفت‌آور و بسیار سریع.

۲ـ کم شدن و حتی خشک شدن ترشح پیشاب.

۳ـ پیدا شدن تبی شدید (گاهی متجاوز از چهل درجه).

۴ـ بالأخره مزید شدن علائم مسمومیت که اهم آن نشانه‌های عصبی است؛ بی‌تابی و حرکت و هیجان یا به عکس خمودگی و حال اغما.

۵ـ علائم فوق توأم با اسهال شدید و استفراغ‌های طاقت فرسا که گاه یکی دو روز طول می‌کشد.

علائم

در اینجا ناگزیریم منظرهٔ کودکی مبتلا به اسهال وبایی شکل را برای شما توصیف کنیم. فعالیت بدن ضعیف طفل در اثر حملهٔ عفونت و کسالت به اندازه‌ای مختل شده که شما بعد از تحصیل تجربه در همان نظر اول تشخیص خود را داده‌اید. کودک در گهوارهٔ خود نالان افتاده، این ناله‌های دلخراش از دهانی که کودک طاقت بستن آن را نیز ندارد، منظم بیرون آمده و هر شنونده‌ای را منقلب می‌سازد و افسوس وقتی این ناله‌ها قطع می‌شود که حال اغما و نزع فرا رسیده و آخرین ناله یا آخرین نفس بریده می‌شود. طفلی که تا دیروز چشمان زیبایش مورد پرستش پدر و مادر بود اینک بی‌حرکت در قعر کاسهٔ گود گشاده مانده. مانند اینکه کودک در دریای تفکر غرق است و با اینکه دیدگانش باز است، اشخاص یا اشیای مقابلش را مطلقاً نمی‌بیند. پلک‌های چشم نیز کمترین حرکتی ندارد و به این وضع، چشم گشاده و خیره و مخاط در پلک‌ها ساکن، اولین شاخص مرض است. قیافهٔ طفل اگر مایهٔ تأثّر است فقط به لحاظ لاغری نیست. وضع نگاه، کیفیت گونه‌ها، اگر نگاه کنید مخاط دهان که سریعاً محل رشد برفک خواهد شد، یک مجموعهٔ تألّم و غصه هستند که مادر را پریشان و پزشک را نگران می‌کند. حرارت بدن بالا می‌رود و از ۴۰ درجه نیز تجاوز خواهد نمود؛ معذالک نوک پنجه‌ها سرد است. استاد مجرّبم «ریبادکودوماس» همیشه این نشانه را علامت خطر می‌دانست. آنجا که پوست، امعا و احشا را می‌پوشاند، خشک و سوزان است (کبد مثلاً). در صورتی که نقاط دیگر پوست خنک می‌باشد (ساعد مثلاً) حتی پیشانی که مجاور مغز است، شدیداً گرم است. در صورتی که بینی بسیار سرد به نظر می‌آید. قبل از حرکت دادن کودک وضع تنفس را باید مطالعه کنید. در اکثر اوقات حرکات تنفس چنانکه ملاحظه می‌کنیم شبیه تنفس Kussmaule نزد مبتلایان به دیابت می‌باشد. با این وضع تنفس ریه‌های طفل هیچ عارضه و ضایعه‌ای ندارند و امتحان آنها به کلی منفی است. شکم طفل اکثراً نفخ کرده، گاهی نیز پوست آن جمع شده است. اگر چینی با دو انگشت روی آن تشکیل دهید، به جای ارتجاع عادی، ملاحظه می‌کنید که دو ضلع چین به جای خود مانده و مدتی وقت لازم است تا اثر آن به کلی محو گردد. این خود به علت عطش و کمی آب نسوج است. در

صورتی که در آترپسی این چین به‌خصوص نازک است؛ زیرا آنجا چربی باقی است، ولی ترکیب آن تغییر یافته. اینجا زیر جلد خالی است و به‌نظر می‌رسد که چین پوست را از کاغذ درست نموده‌اند. اگر منحنی وزن طفل را در روز دوم و سوم مرض مشاهده کنید، خواهید دید که هر روز ۲۰۰ الی ۳۰۰ گرم از وزن کودک کم شده و این تحلیل رفتن بدن بچه در اثر شدت دزیدراتاسیون است، به همین علت جان دانه (ملاج) گود می‌شود. اگر سن کودک مقتضی باشد حتی Chevauchemant در استخوان‌های جمجمه ممکن است مشهودگردد. علامت از همه مهمتر لااقل به نظر پرستاران کودک، اسهال است. کهنه‌های طفل را کما اینکه در آب سبز رنگی فرو برده‌اند، منظور آنکه کمترین اثر مدفوع در آن نیست و اسهال مایع است. مایعی اسید و سبز رنگ (رنگ آن در اثر احیای صفراست) که با وسایل شیمیایی پیوسته مقداری خون در آن می‌توان یافت. به تدریج مقعد باز می‌ماند و هر چند دقیقه، مقداری مایع بی‌اختیار دفع می‌شود.

استفراغ

فوق‌العاده شدید و نگران‌کننده است. طفل کمترین قطرهٔ آب زائد را با سرعت برمی‌گرداند. این کثرت قی که مانع رساندن آب و غذا به طفل است، زحمت کلی ایجاد می‌کند. از نظر پیش آگهی به شما تذکر می‌دهیم که اگر در مایعی که کودک برمی‌گرداند خون مشاهده شده، مرگ را قریب‌الوقوع بپندارید. ولی خطر عمدهٔ این مرض بیشتر در محدود شدن و کار نکردن سلول‌های کلیه است. چه ذخیرهٔ مایع بدن طفل از تمام راه‌ها تلف می‌شود؛ اسهال بی‌وقفه، استفراغ فوق‌العاده، تنفس عمیق و شدید. تمام مجاری خروج مایع باز هستند، مگر یکی که تنها شرط سلامت و نجات است و آن راه کلیه‌ها می‌باشد. به علاوه در چنین شرایطی بی‌اشتهایی و استفراغ مانع رساندن آب به بدن رنجور طفل بوده و مزید بر علت می‌شود.

کلیه‌ها

طرز عمل کردن کلیه‌ها پیش آگهی مرض را تعیین می‌کنند. لذا باید دانست، آیا طفل ادرار می‌کند یا نه (اِشکال تحصیل این اطلاع نیز بسیار است چه کهنه‌های کودک پیوسته آلوده به مدفوعات مایع است). با وجود اسهال زیاد، سلول‌های جدار روده از عهدهٔ دفع

مواد اَزُته برنمی‌آیند و این خود دلیل بر آن است که سلول‌های کلیه خود شگفت‌آورترین صافی‌هاست که در عمل از مواد موجود در خون فقط به دفع سموم و اجسام غیرلازم می‌پردازد. به این ترتیب از یک طرف راه دفع سموم بدن بسته است (مدار بسته) و از طرف دیگر بسیاری از مواد لازم برای ذخیرهٔ قلیایی از راه روده به خارج می‌ریزد. نتیجه آن است که نصف بیشتر مبتلایان، گرفتار اسیدوز خواهند شد که از نشانه‌های خوب آن تنفس بطنی و عمیقی است که قبلاً اشاره شد. شناختن این اسیدوز فقط با وسایل آزمایشگاه مقدور است که اهمیت زیادی در تشخیص دارد. همچنین بروز دانه‌های پورپورا پیش‌آگهی بسیار وخیمی است. مرگ معمولاً با افزایش شدید حرارت بدن و یک یا چند تشنج در ضمن عوارض قلبی پیش می‌آید.

تشخیص

از آنجا که اسهال وبایی شکل، مرضی تابستانی است ممکن است با گرمازدگی اشتباه شود. در گرمازدگی نیز تب شدید با اسهال و استفراغ همراه است، ولی سفتی عضلات کودک از یک طرف و بروز علائم نزد بیماری که در معرض اشعهٔ تابان خورشید قرار گرفته است از جانب دیگر موجب تمیز گرمازدگی خواهد شد که با خنک نمودن طفل و آب رساندن سریعاً بهبود خواهد یافت. اشتباه تأسّف‌آوری که اخیراً بنده ناظر آن بوده‌ام، تشخیص و درمان اسهال است. در این مرض تشخیص سریع (قبل از ساعت ششم) به حال بیمار مفید است. یکی از شیرخوارانی که بنده مشاهده نمودم دوازده مسهل خورده بود و چون روده سیاه شده بود (گانگرن) بلافاصله بعد از عمل درگذشت. سه مورد دیگر به همین نحو به علت تأخیر در تشخیص یا عمل عاقبت خوبی پیدا نکردند. از طرف دیگر خوب است بدانید که اسهال شیرخواران ممکن است علامت دیسانتری یا حصبه باشد و کشت مدفوع و امتحان خون تشخیص حقیقی را روشن خواهد نمود. اگر اسهال علامت واضحی است چنانکه پیش‌تر گفته‌ایم، پیوسته باید به فکر بود که مبادا کانون عفونتی موجد آن باشد. پس، از امتحان گوش و ادرار و استخوان‌ها بالخصوص غفلت ننمایید. طبیب اطفال از آنجا که در وبای کودکان به علائم عصبی سخت بیمار توجه می‌کند، گاهی مرتکب این خطا می‌شود که نشانه‌هایی از قبیل صلابت عضلات و تشنج و غیره را حمل

بر اسهال طفل نماید، در صورتی که کانون عفونت در پرده‌های مغز است. به شما اکیداً سفارش می‌کنم که در این احوال به گرفتن مایع نخاع بپردازید. همه ماهه در بیمارستان‌ها به مواردی برمی‌خوریم که شیرخوار اسهالی در حقیقت به مننژیت چرکی مبتلا بوده است و قهراً بدون توجه به این کانون چرک، بهبود غیرممکن است.

درمان

به لحاظ اهمیت موضوع، هر طبقه از پزشکان و محققین علت نهایی تلفات اسهال را در نکتهٔ خاصی دانسته سعی خود را متوجه بهبود و رفع آن نموده‌اند. برخی از پزشکان فرانسوی آثار سوء این مرض را در زیادی کلر نسوج دانسته‌اند. برای درمان، اولین آزمایش و توجه را به جانب کلر گلبول‌ها و پلاسما معطوف نموده‌اند. مطالعات جدید تنها دزیدراتاسیون را مقصود می‌داند و جبران آب و املاح تلف شده را یگانه راه درمان توصیه می‌کند. از آنجا که به دو مادهٔ عمدهٔ پلاسما یعنی کلر و سدیم در اثر اسهال و استفراغ لطمهٔ فوق‌العاده وارد می‌آید؛ رساندن این دو برای اصلاح عوارض ضروری است. به هر حال کم شدن حجم مایع و املاح بدن از سخت‌ترین نتایج اسهال بوده و اولین اقدام عاقلانه، رساندن آب به نسوج است. همراه آب مواد معدنی دیگر نیز به بدن رسانده می‌شود (کلر، سدیم، فسفر و غیره). و به این علت فرمول‌های بی‌شماری (مانند محلول Ringer) تهیه نموده‌اند که ترمیم بدن ممکن شود، ولی عملاً آبی که در آن ۹ هزار نمک طعام باشد، کافی است؛ حتی در موارد سخت که اسید در کار است. اطبای جدید عقیده دارند که با تزریق فیزیولوژیک همین که کلیه کار و ترشح می‌کند، برحسب احتیاج بدن از یون کلر یا سدیم استفاده می‌کند و برحسب ضرورت اسید یا لکالز را اصلاح خواهد نمود. بهترین و طبیعی‌ترین راه برای تجدید ذخیرهٔ مایع واضح است که از راه دهان می‌باشد. آب جوشیدهٔ معمولی یا یک قاشق مرباخوری نمک در یک چارک آب ریخته با قاشق یا قطره‌چکان به دهان بیمار می‌ریزند. مع‌ذالک در موارد سخت که بی‌اشتهایی و استفراغ مزاحم است، مقدار کافی آب را از راه دهان نمی‌توان به طفل داد. لذا تا قوای طفل از دست نرفته به تزریق سرم باید پرداخت. در کشور ما پزشکان به قدری در این عمل تعلل می‌کنند که هر وقت صحبت از سرم زدن می‌شود، مادر بی‌اختیار می‌گرید. چه این اقدام را لازمهٔ بیماری محتضر و یا نشانه‌ای از یأس می‌پندارند. تزریق سرم از راه ورید یا صفاق یا

پوست نزد چنین بیمارانی ضروری است و آن را چندین روز باید ادامه داد. همین که کودک بتواند مقدار آب لازم را از راه معده تحمل کند، تزریق را کمتر و یا موقوف می‌کنند. گفتیم متعارفاً به سرم فیزیولوژیک (۹ در هزار) متوصّل خواهید شد. برای اینکه مقداری کالری هم به طفل رسیده باشد، ممکن است نمک را در سرم شیرین (۵ در هزار) مخلوط نموده یا هر یک را جدا جدا تزریق نمایید. توجه کنید که همراه سرم گلوکز، بدن چنین بیمارانی به ویتامین B احتیاج دارد. به هر حال چنانکه قبلاً هم ذکر شد در تزریق زیر پوستی، نسوج بسیاری از کودکان ۵۰ سی‌سی مایع برای هر کیلوگرم وزن در یک تزریق را به راحتی تحمل می‌نماید. سرعت جذب آن از یک طرف مربوط است به عطش نسوج و از طرف دیگر به وضع جریان خون که عادتاً سه چهار ساعت بعد، مایع پخش یا جذب شده و مقادیر جدید را می‌توان تزریق نمود.

اصلاح اسیدوز که از آثار وخیم این نوع اسهال‌هاست، گاهی مشکلاتی ایجاد می‌کند. چنانکه بیان شد در این موارد تزریق سرم شور کافی است و صافی کلیه، مواد ضروری را حبس نموده تعادل اسید و قلیایی بدن را چنانکه باید، درست می‌کند. ولی به ندرت با وجود زیاد شدن پیشاب، اسیدوز باقی می‌ماند و باید مواد قلیایی به بدن رساند. برای این منظور به خوراندن جوش شیرین یا تزریق سرم بیکربنات (۱۰/۱۵ در هزار) خواهید پرداخت. در صورتی که وسایل اندازه‌گرفتن ذخیرهٔ قلیایی یا کلر نسوج موجود نیست، اسیدوز را فقط به همان تنفس‌های عمیق می‌توانید حدس بزنید و تجویز آن نیز بیشتر از روی تقریب خواهد بود تا یقین. به طور خلاصه، اصل در معالجهٔ این مرض مبارزه با دو عمل است. یکی مسمومیت و دیگری دزیدراتاسیون که همین خوراندن آب بهترین راهِ آن است. معمولاً مدت یک الی دو روز به جز آب خالص (یا مخلوط با کمی قند و نمک چنانکه بیان شد) به این بیماران غذای دیگری نمی‌دهند. ولی هرگاه طفلی است ضعیف یا نوزادی است رنجور بیش از ۱۲ الی ۱۵ ساعت نباید او را از غذا محروم نمود. تجربه ثابت کرده که این رژیم عوارض دستگاه هاضمه را بهتر نموده، در زیاد نمودن پیشاب و بهبود حال عمومی طفل بی‌نهایت مؤثّر است. ولی نباید بدون درنگ به تغذیهٔ عادی پرداخت. چه مجدّداً استفراغ و اسهال شدت خواهد نمود. لازم است تدریجاً و با نهایت احتیاط مواد مناسبی در رژیم غذایی وارد نمود. از طرف دیگر، این دورهٔ کم غذایی طفل را نباید

طولانی کرد. چه ممکن است قوا طوری از دست برود که وضع طفل دیگر اصلاح‌پذیر نباشد. این است که باید بسیار دقت نمود که در هر دو بابت رعایت حال بیمار شود. بعد از دورهٔ امساک بهتر است با شیر مادر شروع بنمایید. ولی برخی مریض‌ها حتی چربی شیر مادر را نمی‌توانند به سهولت هضم کنند. در بعضی مؤسسات چربی شیر مادر یا دایه را نیز گرفته، بعد به طفل می‌دهند. ما معمولاً بعد از محرومیت، چهار ساعت به چهار ساعت، سه چهار قاشق مرباخوری شیر در آب ریخته به طفل می‌دهیم. روز بعد سه ساعت به سه ساعت ۵ـ۶ قاشق تدریجاً مقدار شیر را زیاد می‌کنیم تا بیمار شیر خالص را بتواند هضم نماید. هرگاه کودک بیش از چهار ماه دارد، می‌توان آرد برنج استفاده کرد که نحوهٔ عمل سهل‌تر است. روز اوّل فقط آب، روز دوم سوپ سبزی یا آب برنج روز سوم از شش وعده غذای طفل چهار دفعه سوپ سبزی و دو وعده فرنی خواهد بود. (یک قاشق چایخوری آرد را در ۱۵۰ گرم آب مدت ۲۰ دقیقه بپزید.) روز بعد سه مرتبه آب برنج یا سوپ سبزی و سه بار فرنی. بر فرنی هر روز یک قاشق شیر اضافه می‌کنید تا تدریجاً به غذای عادی برسید. بهتر است به جای شیر گاو، شیر خشک کم چربی به کار برید تا اسهال طفل عود ننماید. به کار بردن دارو در معالجهٔ این بیماران به هیچ وجه اهمیت روش غذایی را ندارد. راست است که سولفاگوانیدین یا سولفاسوکسیدین در این موارد تجویز می‌شود و هرگاه از قلب نگرانی بود، کرامین و کافور مورد استعمال خواهد داشت، ولی پرهیز اولیه و افزایش تدریجی مواد سازگار، در تغذیه مؤثّرتر و نافع‌تر است.

بسیاری از پزشکان معتقدند که به کودک مبتلا به اسهال در هر حال مسهلی باید تجویز نمود. این رویه را امروز نمی‌پسندند و روده که پیش از حدّ لزوم در حال تشنج است، محتاج محرک نیست. شاید در مواردی که تبِ شدید و مدفوع متعفن در کار است، دادن مسهل سبک (کمی سولفات دی‌منیزی یا روغن کرچک یا روغن بادام شیرین) ضرورت داشته باشد. به هر جهت مسهل برای این بیماران، یک دفعه بیشتر لازم نیست و نباید تکرار بشود. به علاوه طفلی که دفعات بی‌شماری اجابت مزاج دارد به هیچ بهانه نباید مسهل بخورد و بر خطر دزیدراتاسیون نباید افزود. از دادن مسهل که ضرر آن روشن است یا بسته‌های گردی بی‌خاصیت یا جوشاندهٔ عوامانه اجتناب نمایید و همّ خود را صرف معاینهٔ کامل کودک کنید.

اسهال‌های ویروسی اطفال

غیر از اسهال‌های معمولی، اسهال‌های ویروسی بسیار دیده می‌شود که باید مورد توجه قرار گیرد. از ویروس‌هایی که در مدفوع مبتلا به اسهال ممکن است به مقدار زیاد پیدا شود، ویروس پولیومیلیت، ویروس‌های اکو و کوکساکی هستند که از همه مهمتر ویروس‌های اکو عامل اسهال‌های ویروسی بوده و به هیچ آنتی‌بیوتیکی جواب نمی‌دهد.

مسلم است که تجویز آنتی بیوتیک‌ها در چنین اسهالی نتیجه‌ای به بار نخواهد آورد و معرفی آنتی بیوتیک به عنوان درمان کنندهٔ اسهال در این مورد جز کاهش ارزش این داروی پُربها در نظر مردم و یا دکترهایی که ممکن است به هر علتی در انواع اسهال‌ها مطالعهٔ زیادی نداشته باشند، اثر دیگری ندارد. گاهی عامل اسهال، باکتری استافیلوکوک است و به صورت اپیدمیک در بچه‌ها دیده می‌شود. در اینجا هم آنتی بیوتیک به خوبی جواب نخواهد داد.

برخی اسهال‌ها به علت آلرژی و اختلالات متابولیکی مثل هیپرتیروئیدی، اوری‌اسیدوز و تحریکات روانی هستند یا ممکن است مصرف مسهل‌های متوالی عامل اسهال باشد. در بچه‌های بزرگ‌تر، دیسانتری باسیلی، عفونت‌های سالمونلایی و آمیبیاز و مسمومیت غذایی ممکن است سبب اسهال شود.

۱۵۰ نوع سالمونلا می‌تواند در انسان ایجاد اسهال کند که فقط کرامفنیکل، روی S-typrhosa خوب اثر می‌کند و روی سایرین، تتراسیکلین به بهترین وجهی مؤثر است.

عامل دیسانتری، باسیل شیلی شیکاست و با علائم تب، مسمومیت عمومی، درد شکم و اسهال حاوی بلغم و خون مشخص می‌شود. البته در این مورد درمان انتخابی سولفامید است و اگر به عللی تجویز آن ممکن نباشد اکسی تتراسایکلین تجویز می‌شود. معمولاً در درمان این بیماری اصلاح الکترولیت‌ها در درجهٔ اوّل اهمیت قرار دارد.

در درمان آمیبیاز (عفونت آمیبی) به خصوص آمیبیاز مزمن تتراسیکلین‌ها اثرات مهمی دارند. آنتامباهیسیتولیتیکا در کولون زندگی می‌کند و معمولاً هیچ گونه علائمی ایجاد نمی‌کند و ممکن است تحت شرایط مناسب و به خصوصی ایجاد بیماری کند.

در آمیبیاز برعکس آنچه تصور می‌شود یبوست شدید در کار است و آنچه زود به زود دفع می‌گردد بلغم و خون است.

برای رشد آمیب میکروب‌های روده‌ای لازم هستند. اگر با آنتی بیوتیک‌ها میکروب‌های روده‌ای از بین برده شوند از رشد آمیب‌ها جلوگیری می‌شود. البته در آمیبیاز (عفونت آمیبی) شدید درمان همراه با آمتین خواهد بود و وجود آن به عنوان کمک درمانی ضروری.

پس توصیه می‌شود که مادران با دیدن اولین علائم اسهال یا ناراحتی کودک، به پزشک مراجعه کنند تا با تشخیص صحیح، بیماری را درمان و کودک را نجات دهد.

اسهال ویروسی وبایی شکل

این بیماری بیشتر در شیرخواران و کودکان کمتر از ۴ سال دیده می‌شود. مرضی بسیار خطرناک و کُشنده است. چون در نتیجهٔ اجابت مکرر و استفراغ‌های شدید، آب بدن کاملاً دفع می‌شود.

علائم بیماری

بیمار کاملاً بی حال در بستر می‌افتد و حتی حوصلهٔ حرکت و حرف‌زدن را ندارد. تب ممکن است بالا باشد. اجابت مزاج مکرر است، به علاوه بیمار هر چه می‌خورد استفراغ می‌کند. پوست بدن خشک و وزن بچه در مدت کوتاهی کم می‌شود. در بروز این بیماری، میکروب‌های روده نقش مهمی را بازی می‌کنند.

درمان بیماری

فقط رساندن آب به بدن از هر راهی که ممکن است (خوراکی به صورت شربت‌های مختلف ـ تزریق به صورت سرم‌های مختلف ـ تنقیه با آب خالی و یا با قدری قند و نمک)

ضدعفونی نمودن محیط روده‌ها نیز مفید است.

جلوگیری از استفراغ به وسیلهٔ تغذیهٔ صحیح.

پیشگیری

در موضوع پیشگیری بیماران، از همه مهمتر جدا نمودن بیمار است تا خود منبع سرایت برای دیگران نباشد.

ضدعفونی کردن و از بین بردن مرض به طوری که آب آشامیدنی را با دست و لباس و غیره آلوده نکند.

دیگر تصفیهٔ آب خوراکی خواه به وسیلهٔ جوشاندن و یا صاف نمودن و یا وسایل دیگر (صافی‌های مخصوص و ضدعفونی نمودن).

دیگر سرم درمانی است که زیاد رضایت‌بخش نیست.

اسیدوز دیابتی (فوریت پزشکی)
DIABETIC KETOACIDOSIS

علت اساسی اسیدوز دیابتی نارسایی انسولین می‌باشد که منجر به عدم کفایت مصرف داخلِ سلولی گلوکز می‌شود. از آنجا که آستانهٔ کلیه برای گلوکز به علت هیپرگلیسمی بالاتر رفته است، در نتیجه دیورز (دفع ادرار) اسمتیک رخ می‌دهد که منجر به دفع سدیم و الکترولیت‌های دیگر از طریق ادرار می‌شود. همچنین در پی کاتابولیسم ناکافی گلوکز، اکسیداسیون اسید چرب افزایش یافته و منجر به تشکیل مقادیر فراوان اسیداستواستیک می‌گردد. راه فرعی متابولیک معمول برای دفع این ماده به طور وسیعی افزایش بار پیدا می‌کند، که منتهی به تجمّع متابولیست‌های اسید می‌گردد، بنابراین یک اسیدوز متابولیک به وجود می‌آید. یون‌های هیدروژن برای تعویض با یون‌های پتاسیم به داخل سلول می‌روند و بنابراین یک کاهش پتاسیم داخل سلولی به وقوع می‌پیوندد.

استفراغ و هیپرتانسیون، که هر دو غالباً از اشکال اسیدوز شدید می‌باشند این اختلالات را بیشتر می‌کنند.

عوامل تسریع کننده

عفونت (مخصوصاً در دستگاه ادراری، قفسهٔ سینه، گاستروآنتریت) به عنوان شایع‌ترین عامل به وجود آورنده و تسریع کنندهٔ اسیدوز می‌باشد ولی علل دیگر عبارت‌اند از:

۱ـ اشتباه (مقدار داروی غلط، عدم موفقیت در دادن انسولین اضافه‌تر در دوران بینابینی بیماری).

۲ـ سهل‌انگاری و غفلت

۳ـ ضربه یا هر گونه عمل جراحی

۴ـ انفارکتوس میوکارد

به هر حال ممکن است عامل تسریع کننده همیشه وجود نداشته باشد و ظاهر نشود و اسیدوز دیابتی نیز ممکن است نشان دهندهٔ یک دیابت تشخیص داده نشده از قبل باشد.

اشکال کلینیکی

شکل کلینیکی بستگی دارد به شدت اسیدوز، که از یافتن و کشف کتونوزی توسط آزمایش‌های متداول در یک بیمار بدون علامت، تا یک بیماری با شدتِ بی‌نهایت زیاد، متغیر می‌باشد.

یک نکتهٔ مهم این است که شکل کامل کلینیکی چندین ساعت یا چندین روز طول می‌کشد تا بروز کند و حملهٔ بیماری هیچ‌گاه ناگهانی نیست.

معمولاً شکایت‌های اولیهٔ بیمار، تشنگی شدید، دهان خشک‌شده، و پلی اوری (ازدیاد اوره) است که به دنبال آن بی‌اشتهایی، استفراغ و سستی و ضعف زیاد عمومی بروز می‌کند. ممکن است درد شدید شکمی بر سایر علائم غلبه داشته باشد. سطح هوشیاری رو به مختل شدن رفته، سرانجام اغما اتفاق می‌افتد.

وقتی که کتوزیس (اسیدوز) و دزیدراتاسیون شدید باشند، معاینه‌های فیزیکی چنان نشان می‌دهد که شخص ظاهری بیمارگونه و چرت‌آلود داشته یا در کُما (اغما) به سر می‌برد. نفس‌ها عمیق و سریع بوده و ممکن است تنفس بوی شدید آستون پیدا کند. چشم‌ها گود رفته، فشار داخل چشمی کم شده، زبان بی‌نهایت خشک و پوست شُل و بی‌انعطاف می‌شود. نبض سریع و ضعیف بوده و سرانجام هیپوتانسیون سیستمیک اتفاق می‌افتد.

تشخیص

بعد از تفسیر بالینی، کتوزیس (اسیدوز) دیابتی شدید به ندرت با هر گونه شرایط دیگری اشتباه می‌شود. چنانچه سرعت بروز حملهٔ بیماری و حالات عمومی بیمار در نظر گرفته شوند، افتراق بین کُما به علت کتوزیس و کُما در اثر هیپوگلیسمی (کم‌شدن گلوکز خون) در یک بیمار دیابتی به ندرت مشکل است. مسمومیت با سالیسیلات تا حدودی شباهت ظاهری به کتوزیس دیابتی دارد. البته اگر چه ممکن است در مسمومیت با

سالیسیلات بعضی مواد در ادرار کاهش یابند، ولی مقادیر خیلی زیاد گلوکز وجود ندارد. دیگر علل متابولیک و داخل جمجمه‌ای کُما باید اختصاراً در نظر گرفته شوند. ولی معمولاً توسط معاینه‌های فیزیکی کامل و بررسی‌های مداومی که در زیر شرح داده خواهند شد می‌توان آنها را کنار گذاشت.

بررسی‌های لازم

توسط یافته‌های زیر تشخیص تأیید می‌گردد:

۱ـ گلیکوزوری و کتونوزی شدید ـ (سوندی که تقریباً همیشه برای گرفتن نمونهٔ اول ادرار ضروری است باید در محل خود باقی بماند، بنابراین نمونه‌های بیشتر ادرار را می‌توان هرگاه که لازم باشد از نظر گلوکز و کتون بررسی و تست نمود.)

۲ـ وجود کتون در پلاسما ـ اگر دزیدراتاسیون همراه با اختلال کارکرد کلیه وجود داشته باشد، ممکن است بدون کتونوزی، این کتون‌ها در پلاسما باشند.

۳ـ هیپرگلیسمی (افزایش گلوکز خون) ـ معمولاً گلوکز خون بین ۳۰۰ و ۱۰۰۰ میلی‌گرم در لیتر می‌باشد (۱۶ تا ۶۰ میلی مول در لیتر) ولی گاهی ممکن است مقادیر بیشتر نیز دیده شود.

شدت اوضاع و شرایط بیماری به وسیلهٔ مجموعه اشکال بالینی و بررسی‌های زیر تفسیر و ارزیابی می‌گردد:

الف ـ الکترولیت‌ها و اورهٔ پلاسما ـ غالباً اورهٔ پلاسما بالا رفته و سدیم و کلر پایین می‌آید ولی ممکن است همهٔ اینها در حد طبیعی باشند. معمولاً پتاسیم پلاسما طبیعی است؛ اگر چه امکان دارد کاهش پتاسیم داخل سلولی به‌شکل قابل ملاحظه‌ای وجود داشته باشد. اگر کتواسیدوز شدید باشد، بیکربنات پلاسما کمتر از ۱۰ میلی مول در لیتر است.

ب ـ PH خون ـ معمولاً کمتر از ۷/۲ می‌باشد.

ج ـ هموگلوبین و حجم (گویچه‌های فشرده Packed - cell) اگر دزیدراتاسیون شدید باشد هر دوی اینها ممکن است افزایش یابند.

تمام این بررسی‌ها را باید بلافاصله پس از پذیرش بیمار در بیمارستان انجام داد که از نظر

تأیید تشخیص و تعیین شدت اوضاع و شرایط، و همچنین به منظور قضاوت در مورد تأثیر درمان نیز کمک می‌کنند.

بررسی‌هایی که به منظور تعیین عامل تسریع کننده به کار می‌رود از فوریت کمتری برخوردارند ولی هر موقع که امکان‌پذیر است، یک رادیوگرافی از قفسهٔ سینه و آزمایش میکروسکوپی ادرار و کشت ادرار باید انجام گردد.

کتوزیس دیابتی شدید حالتی است که احتمال مرگ دارد و شروع صحیح درمان مؤثّر فوریت پیدا می‌کند. بیمارانی که چنین شرایطی دارند باید در مکان مراقبت‌های فشرده (I.C.U) تحت رسیدگی قرار گیرند. جایی که مراقبت و رسیدگی به بیمار از طریق پرستار و پزشک به طور دائم تأمین می‌گردد. کنترل بیوشیمیک پیشرفت حال بیمار ضروری است و چنانچه از طریق مواجههٔ شخصی با مسئول آزمایشگاه شدت اوضاع تأیید گردد، بسیاری از آزمایشگاه‌ها این موقعیت را فراهم خواهند کرد.

توجه‌نکردن به موارد ذکرشده می‌تواند به آسانی منجر به بروز فاجعه در چنین شرایطی گردد. ضرورت‌های اساسی درمان عبارت‌اند از:

۱ـ کنترل هیپرگلیسمی و حذف کردن کتوزیس.

۲ـ تصحیح دزیدراتاسیون و عدم تعادل الکترولیت‌ها.

۳ـ درمان علت تسریع کننده و مساعد کننده.

از نظر اینکه درمان هر بیمار با بیمار دیگر تفاوت می‌کند، غیرممکن است که یک برنامهٔ درمانی سریع و شدید را تأکید نمود ولی اصول درمان چنین است:

۱ـ جانشین نمودن مایعات

بعد از تأیید تشخیص، برای یک بار انسولین محلول (I.M Actrapid) داده می‌شود. اگر گلوکز خون بیشتر از ۴۰ میلی مول در لیتر (۷۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر) باشد، هر ساعت ۱۰ واحد انسولین محلول به طور I.M داده می‌شود. چنانچه میزان قند خون در ابتدا کمتر از ۴۰ میلی مول در لیتر باشد، هر ساعت ۵ واحد انسولین محلول به صورت تزریق داخل عضلانی داده می‌شود. این دستور دارویی ادامه خواهد داشت تا اینکه گلوکز خون تقریباً به حدود ۱۴ میلی مول در لیتر (۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر) کاهش

یابد و در این صورت تزریقات بعدی انسولین محلول را می‌توان هر ۴ ساعت انجام داد، و مقدار آن بستگی به مقدار گلوکز ادرار خواهد داشت. به عنوان مثال:

مقدار انسولین محلول	گلوکز ادرار
۲۴ واحد	۲ درصد یا بیشتر
۱۶ واحد	۱ درصد
۱۲ واحد	$\frac{۳}{۴}$ درصد
۸ واحد	$\frac{۱}{۲}$ درصد

۲ـ جانشین نمودن مایعات

از هنگام پذیرش، یک انفوزیون (تزریق آهسته) داخل وریدی شروع شود و محلول سالین به عنوان مایع انفوزیون اصلی به کار رود. مقدار مایع از دست رفته معمولاً تخمین‌زده نمی‌شود و امکان دارد حدود ۶ تا ۸ لیتر در ۲۴ ساعت اول لازم باشد. یک لیتر اول را باید در مدت ۳۰ دقیقه داد و یک لیتر دوم باید در یک ساعت بعد داده شود. سرعت انفوزیون را می‌توان بعداً آهسته نمود به صورتی که هر یک لیتر در هر ۴-۶ ساعت باشد.

اگر چه این مقدار محلول سالین نرمال در بسیاری از بیماران هیچ‌گونه عوارضی ایجاد نمی‌کند، ولی به هنگام وجود کارکرد مختل شدهٔ کلیوی، خطر افزایش بار کلر و سدیم وجود دارد. اگر نسبت به چنین مسئله‌ای شک وجود داشته باشد، کار عاقلانه این است که محلولی به کار رود که کلر و سدیم کمتری داشته باشد. محلول باتلر این نیاز را برطرف می‌کند (حاوی ۱۰۰ میلی مول یون سدیم، ۶۰ میلی مول یون کلر، و ۴۰ میلی مول یون $Hco_۳$ در یک لیتر) و در ضمن از نظر داشتن بی‌کربنات دارای شانس اضافی برای تصحیح اختلال اسید و باز می‌باشد.

۳ـ جلوگیری از بروز هیپوکالِمی (پایین‌بودن غیرطبیعی پتاسیم خون)

انسولین به انتقال پتاسیم از مایع خارج سلولی به داخل سلول کمک می‌کند و اغلب چند ساعت پس از شروع درمان، منجر به کاهش مقدار پتاسیم سرم می‌گردد که

خطرناک است. باید از این کاهش پتاسیم سرم جلوگیری کرد و اجازه نداد که به وقوع بپیوندد. چنانچه عملکرد کلیه رضایت‌بخش باشد باید ۲۶ میلی‌مول پتاسیم به هر لیتر از محلول انفوزیون اضافه گردد. از نظر راهنمای درمانی، اندازه‌گیری‌های مکرر پتاسیم سرم به ندرت ارزشی دارند، زیرا امکان دارد مقدار پتاسیم داخل سلولی دچار اختلال شده باشد ولی هنوز مقدار پتاسیم سرم در حد طبیعی باشد.

۴ـ تصحیح اختلال اسید و باز

اسیدوز متابولیک از نظر کلینیکی توسط هیپرونتیلاسیون و از نظر بیوشیمیک توسط کاهش بیکربنات پلاسما و نهایتاً PH خون نشان داده می‌شود. تصحیح اختلال اسید و باز به وسیلهٔ بیکربنات به ندرت ضروری است، ولی در موارد شدید منجر به بهبود سریع‌تر می‌گردد. ممکن است پس از اختلال اسید و باز احتیاج به انسولین کاهش یافته و هیپوکالمی تشدید گردد که تأمین پتاسیم کافی خیلی ضروری‌تر می‌باشد.

اگر PH خون ۷-۷/۱ باشد، ۵۰ میلی مول بیکربنات سدیم (۵۰ میلی لیتر از محلول ۸/۴ درصد) باید در مدت یک ساعت داده شود. اگر PH خون کمتر از ۷ باشد باید ۱۰۰ میلی مول بیکربنات سدیم در مدت یک ساعت داده شود.

۵ـ آسپیراسیون (تخلیهٔ) معده

چنانچه بیمار استفراغ می‌کند یا در کُمای عمیق است، باید یک لوله داخل معدهٔ کوچک قرار داد و هر نیم ساعت معده را آسپیره کرد. زیرا احتمال اینکه روده و معده دچار توقف حرکت یا توقف محتویات داخل آنها گردند زیاد است و ورود محتویات معده به ریه از طریق تنفس خطر قابل ملاحظه‌ای در بردارد. در پی همین مسئله تجویز مایعات چه از راه دهان و چه از راه لولهٔ داخل معده‌ای در خلال کتوزیس شدید، بی‌ثمر و خطرناک می‌باشد.

۶ـ پایین افتادن گلوکز خون

وقتی که گلوکز خون به ۱۶ میلی مول در لیتر (۳۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر)

کاهش یابد، به جای محلول سالین، محلول دکستروز ۵ درصد انفوزیون می‌گردد (یک لیتر هر ۶ ساعت که به هر یک لیتر دکستروز ۲۶ میلی مول پتاسیم اضافه می‌شود) امکان دارد در این مرحله هیپوگلیسمی اتفاق بیفتد که در این صورت نیاز به ۵۰ ـ ۲۰ میلی لیتر گلوکز ۵۰ درصد می‌باشد.

۷ـ درمان عامل تسریع کننده یا مساعده کننده

اگر این عامل یک عفونت ادراری یا تنفسی باشد، آنتی بیوتیک گسترده طیف مورد استفاده دارد. مثلاً آمپی‌سیلین به مقدار نیم گرم I.M هر ۶ ساعت. حتی در صورت فقدان عفونت واضحی، یک چنین دستور مشابه دارویی از نظر پروفیلاکتیک استفاده دارد.

زمانی که شکل بارز کلینیکی درد شکم باشد، گاهی تصمیم گیری در مورد علت این درد مشکل است که آیا درد متعاقب کتوزیس به وجود آمده است و یا یک مسئلهٔ حاد داخل شکمی، اورژانس دیابتی را تسریع نموده است. چنانچه سابقهٔ مشروحی در دسترس باشد معلوم می‌شود که دیابتِ درست کنترل نشده، مقدم بر درد شکم بوده است. در چنین شرایطی، شمارش گلبول‌های سفید هیچ ارزشی ندارد، زیرا در کتوزیس دیابتیِ کنترل نشده، لوکوسیتوز رخ می‌دهد، و چنانچه پس از یک معاینهٔ کامل فیزیکی و رادیوگرافیِ شکم هنوز شک وجود داشته باشد، در این صورت عاقلانه‌ترین کار این است که تحت پوشش آنتی‌بیوتیکی، درمان کتوزیس را به نحوی که شرح داده شد انجام داد. اگر درد شکم بیمار سریعاً بهبود نیافت، باید نظر یک جراح را جویا شد.

زمانی که حال بیمار رو به بهبود رفت و در حد کاملاً هوشیار و قادر به خوردن مایعات بود، سرعت دفعات تزریقات انسولین محلول را می‌توان به هر ۸ـ۶ ساعت کاهش داد (که در این صورت می‌توان به جای تزریق داخل عضلانی، از تزریق زیر جلدی استفاده نمود). قبل از شروع درمان با انسولین محلول روزی سه دفعه و غذای معمولی، با هر تزریق انسولین، گلوکز خوراکی به مقدار ۵۰ گرم داده می‌شود.

وقتی که کتوزیس شدت کمتری داشته باشد، اصول درمان به همان نحو ذکر شده است. ولی طریقهٔ درمان بستگی به احتیاجات هر بیمار دارد، مثلاً اگر بیمار کاملاً هوشیار باشد و استفراغ نکند، دفعات کمتر تزریق انسولین محلول لازم است و اگر مقدار گلوکز

خون ۱۶ میلی مول در لیتر (۳۰۰ میلی گرم درصد میلی لیتر) یا کمتر باشد مقدار انسولین را می‌توان از اول بر حسب مقدار گلوکز ادرار تنظیم نمود.

اغمای دیابتی هیپراسمولار غیرکتونی

گاهی ممکن است در بیمار مُسنّی که از قبل دیابت ملایم داشته و فقط با محدودیت رژیم غذایی و یا به کمک یک داروی هیپوگلیسمیک، بیماری راکنترل می‌کرده است، کُما رخ دهد. گلیکوزوری شدید وجود دارد و گلوکز خون افزایش زیادی نشان می‌دهد، ولی در پلاسما کتون (ستون) یافت نشده و بیکربنات پلاسما طبیعی بوده و یا کمی کاهش یافته است. در این حالت، دزیدراتاسیون شدید وجود دارد و غالباً هیپرتاترمی (افزایش سدیم خون) همراه با هیپرگلیسمی منجر به هیپراسمولاریته سرم می‌گردد. در این حال، اساس درمان بر مبنای کم کردن گلوکز خون است و بنابراین باید دیورزاسموتیک را کم کرده و تعادل مایعات را دوباره تأمین نمود. منظور اول از طریق تزریقات مکرر انسولین محلول (همان طور که در بالا ذکر شد) حاصل می‌گردد و برای رسیدن به منظور دوم از مقادیر زیاد محلول هیپوتونیک سالین استفاده می‌شود. زیرا در چنین شرایطی، استفاده از محلول دکستروز ۵ درصد، باعث شدیدتر شدن دیورزاسموتیک گشته و محلول سالین نرمال نیز مقادیر زیادی سدیم دارد.

همانند کتوزیس شدید، باید علت مساعد کننده و تسریع کننده را پیدا کرد و در صورت امکان درمان نمود. پس از اتمام کارهای اورژانس، معمولاً می‌توان دوباره دیابت را به حد کافی بدون استفاده از انسولین تحت کنترل درآورد.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ رایج‌ترین عامل تسریع کنندهٔ بروز اسیدوز دیابتی، عفونت می‌باشد.

۲ـ در نظر گرفتن شدت اوضاع از طریق اشکال بالینی و نتایج بررسی‌های زیر است که باید بلافاصله پس از پذیرش بیمار در بیمارستان صورت گیرند:

الف) اندازه‌گیری گلوکز خون.

ب) اندازه‌گیری هموگلوبین و حجم (گویچه‌های فشرده Packed - cell)

ج) اندازه‌گیری اوره و الکترولیت‌های پلاسما (شامل بیکربنات)

د) اندازه‌گیری PH خون

همچنین این نتایج، به عنوان خطوط اصلی قضاوت در مورد اثر درمان محسوب می‌شوند.

۳ـ درمان باید بدون تأخیر شروع شود، اصول درمان عبارت‌اند از:

الف) تجویز مکرر انسولین با مقدار کم (داخل عضلانی).

ب) جانشین نمودن مایعات به حد کافی.

ج) جلوگیری از بروز هیپوکالمی از طریق استفادهٔ زود و به موقع از پتاسیم.

د) تصحیح اسیدوز شدید توسط بیکربنات

ه) اگر بیمار در کُمای عمیق است و یا استفراغ می‌کند، استفادهٔ از آسپیراسیون معده.

۴ـ هر زمان که امکان‌پذیر باشد باید علت مساعد کنندهٔ بروز اسیدوز درمان گردد، حتی اگر مدرکی دال بر وجود عفونت نباشد، باید یک آنتی‌بیوتیک گسترده طیف به عنوان پورفیدوکسی داد.

آسم برونشیال (فوریت پزشکی)
BRONCHIAL ASTHMA

تعریف بالینی آسم برونشیال عبارت است از کوتاه‌شدن پاروکسیسال تنفس همراه با (خس‌خس‌کردن Wheezing) به هنگام بازدَم. مکانیسم‌های مختلفی که باعث مسدودشدن راه‌های هوایی و اشکال در تنفس می‌شود عبارت‌اند از:

۱ـ افزایش قدرت انقباضی عضلهٔ صاف برونش (نایژه).

۲ـ افزایش ضخامت مخاط برونش در نتیجهٔ (اِدِم Edema) یا هیپرامی (پُرخونی).

۳ـ بسته شدن راه‌های هوایی کوچک‌تر به وسیلهٔ ترشحات غلیظ و چسبناک.

عوامل مهمی که باعث تسریع در بروز حمله‌های آسم می‌شوند عبارت‌اند از:

۱ـ عفونت دستگاه تنفسی

۲ـ (حساسیّت شدید Hyper Sesitivity)

۳ـ اختلالات هیجانی

معمولاً زمانی بیماران مبتلا به آسم برونشیال را به بیمارستان می‌آوردند که چندین ساعت از شروع حملهٔ آسم گذشته است. زیرا قبلاً پزشک اورژانس در منزل بیمار، کوشش‌هایی برای تسکین این حالات نموده ولی موفق نگشته است.

نکتهٔ مهمی که باید در نظر گرفت این است که حتی در حملات ملایم آسم نیز هیپوکسمی (کاهش اکسیژن خون) یک اتفاق شایع می‌باشد. آسم برونشیالِ شدید ممکن است باعث هیپوکسمی، هیپرکاپنه و اسیدوز به صورت خطرناکی شود که حقیقتاً امکان مرگ، زیاد می‌شود.

به علت وجود این مسائل چنانچه تسهیلاتی در اختیار باشد باید اندازه‌گیری مرتب فشار $O_۲$ و $Co_۲$ شریانی انجام شود. و این کار زمانی باید صورت گیرد که احتمال وجود یکی از شرایط ذکر شده برود.

اَشکال بالینی

مهمترین و بارزترین علامت، کوتاه شدن تنفس همراه با (خس‌خس‌کردن Wheezing) در بازدم می‌باشد. عفونت ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی، معمول‌ترین عامل تسریع کننده است که اغلب منجر به یک برونشیت باکتریال ثانویه می‌شود و در این صورت با سرفه و خلط چرکی همراه می‌گردد. معمولاً بیمار از فشار در قفسهٔ سینه شکایت دارد ولی درد چندانی وجود ندارد. سابقهٔ چنین حملاتی درگذشته وجود دارد که اغلب به زمان بچگی یا اوایل بلوغ برمی‌گردد.

به هنگام حملهٔ ملایم آسم برونشیال، علائم زیر توسط امتحانات فیزیکی آشکار می‌شود: بیمار قادر به تنفس راحت نیست و در هنگام بازدَم خس‌خس شنیده می‌شود. قفسهٔ سینه خیلی کم منبسط گشته و در سمع قفسهٔ سینه (خُرناس Rhonchi) به طور منتشر و هنگام بازدم شنیده می‌شود. بقیهٔ صداهای اضافی در سمع ریه معمولاً نیست ولی در صورت همراه بودن عفونت، کرپیتاسیون‌های خشنی ممکن است به گوش برسد. اگر بسته شدن راه‌های هوایی شدید باشد بیمار فوق‌العاده مضطرب، خسته، رنگ پریده، و سیانوزه (کبودرنگ) می‌باشد. ضربان نبض سریع شده و تمام عضلات کمکی تنفس به کار گرفته شده‌اند. چنانچه این حالات تسکین نیابند، نارسایی تنفسی و گردش خون ممکن است توسعه یابد. علائم خطر که بیان کنندهٔ لزوم درمان جدی و سریع است، عبارت‌اند از:

۱ـ تاکی‌کاردی (سرعت ضربان قلب بیشتر از ۱۴۰ در دقیقه) و پُر شدن نبض به طور ضعیف.

۲ـ گسترش فشار روی قلب راست که با بروز ریتم گالوپ (که در سومین و چهارمین فضای بین دنده‌ای در کنارهٔ تحتانی چپ جناغ سینه شنیده می‌شود)، یا توسط علائم نوارقلبی از نظر وجود عارضهٔ قلبی ـ ریوی حاد، مشخص می‌شود.

۳ـ کم شدن دفع خلط که نشان دهندهٔ احتباس ترشحات در برونش‌هاست و در نتیجه باعث افزایش انسداد راه‌های هوایی می‌گردد.

۴ـ افزایش (گیجی Confusion) و بی‌قراری که نشان دهندهٔ آنوکسی (بی‌اکسیژنی) مغزی است.

۵ـ مشکل‌تر شدن تنفس و کاهش خس‌خس، که نشان دهندهٔ کامل شدن انسداد نسبی راه‌های هوایی است.

۶ـ خستگی مفرط و علائمی از وجود نارسایی گردش خون محیطی.

۷ـ(نبض متناقض Pulsus Paradoxus) تغییرات واضح در دامنهٔ نبضِ به هنگام، یک علامت مفید در آسم برونشیال می‌باشد. این مسئله را می‌توان با لمس کردن نبض رادیال و اندازه‌گیری فشارخون توسط دستگاه فشارسنج دریافت، که فشار سیستولیک در دم و بازدم فرق می‌کند.

زمانی نبض متناقض اهمیت دارد و به وجود می‌آید که تفاوت فشار سیستولیک در دم و بازدم در هر دوره تنفسی برابر یا بیشتر از ۱۰ میلی متر جیوه باشد.

تشخیص

مهمترین موردی که احتمال دارد با آسم برونشیال شدید اشتباه شود، نارسایی حاد قلب چپ است. به خصوص اینکه گاهی حملات تنگی نفس شدید در خلال شب در اثر هر دو بیماری رخ می‌دهد. نکات تشخیصی مفید در جدول طبقه‌بندی شده است.

گاهی ممکن است که بیمار، احساس فشار و درد شدید قفسه سینه را تشدید علائم مربوط به آسم بپندارد ولی در حقیقت شاید این درد، ناشی از انفارکتوس میوکارد باشد که همزمان با حملهٔ آسم بروز کرده است.

به ندرت ممکن است که آمبولی ریه به صورت اشکال کلینیکی انسداد حاد مجاری هوایی ظاهر شود.

اقدامات دیگرِ تشخیصی

مورد استفادهٔ اصولی رادیوگرافی قفسهٔ سینه برای این است که بتوان فهمید آیا پنوموتوراکس (وجود هوا در فضای جنب) خود به خود همراه با آسم است یا نه؟ و همچنین زمانی که تردید در تشخیص وجود دارد، کمک می‌کند.

آسم برونشیال	نارسایی حاد قلب چپ
۱- وجود سابقهٔ طولانی حملات تنگی نفس شدید در گذشته.	۱- تنگی نفس شدید اغلب در سنین متوسط یا بعد از آن برای اولین بار بروز می‌کند.
۲- خس‌خس، به طور مشخص وجود دارد.	۲- خس‌خس کم اهمیت است.
۳- معمولاً اگر خلط وجود داشته باشد چرکی یا موکوسی غلیظ است.	۳- معمولاً اگر خلط وجود داشته باشد رقیق، آبکی و اغلب همراه لکه‌های خون است.
۴- در سمع قفسهٔ سینه و به هنگام بازدم خُرناس به طور مشخص شنیده می‌شود.	۴- در سمع قفسهٔ سینه وجود کریپتاسیون در قاعدهٔ ریه ارجح است و اگر خُرناس وجود داشته باشد در هنگام بازدم شنیده نمی‌شود.
۵- ریتم سه هنگامه (با منشأ بطن راست) تنها شکلی از آسم برونشیال حاد است که بعداً بروز می‌کند.	۵- معمولاً علائم دیگر نارسایی قلب چپ وجود دارد: الف - ریتم سه هنگامه (با منشأ بطن چپ). ب - وجود (نبض متناوب Pulpus Alternans)
۶- معمولاً همراه با بیماری‌های قلبی نیست.	۶- گاه به گاه علائم بیماری‌های زمینه‌ای قلب وجود دارند.

اشکال کلینیکی که به افتراق بین نارسایی حاد قلب چپ و آسم برونشیال از نظر تشخیص کمک می‌کند.

عکس قفسهٔ سینه به هنگام حملهٔ آسم برونشیال ممکن است طبیعی یا دارای نشانه‌هایی از افزایش تهویه در ریه‌ها باشد. به عنوان مثال، افزایش شفافیّت سطح ریه‌ها، افقی شدن ریه‌ها، پایین آمدن و مسطح شدن دیافراگم، و یک سایهٔ طویل و محو از قلب. چنانچه مدتی از شروع حملهٔ آسم گذشته باشد، به علت بسته شدن راه‌های هوایی توسط موکوس (خلط) غلیظ چسبنده، کلاپس در نواحیی از ریه مشاهده می‌شود. چنانچه خلط چرکی باشد ترجیحاً باید نمونه‌برداری برای کشت انجام شود و بعد درمان با آنتی بیوتیک شروع شود. تکرار E.C.G به طور مرتب از این نظر اهمیت دارد که در آسم شدید، می‌تواند نشان دهندهٔ تحت فشار قرار گرفتن بطن راست باشد و همچنین به تشخیص افتراقی بین آسم برونشیال و انفارکتوس میوکارد کمک می‌کند.

رسیدگی به وضع بیمار

همان طور که قبلاً گفته شد، بیماران مبتلا به آسم برونشیال زمانی به بیمارستان مراجعه می‌کنند که حالشان خیلی بد است.

اگر چه در بعضی از موارد، تغییر محیط ممکن است برای بهتر شدن حال بیمار کافی باشد، ولی برای جلوگیری از بدتر شدن بیماری باید درمان قاطع انجام داد:

۱ـ اکسیژن

تمام بیمارانی که دچار آسم برونشیال شدید باشند، اکسیژن لازم دارند و معمولاً می‌توان با اطمینان خاطر، اکسیژن با غلظت زیاد داد. به هر حال، چنانچه انسداد مزمن راه‌های هوایی نیز وجود داشته باشد، باید غلظت اکسیژن کنترل شود چون احتمال بالا رفتن فشار $CO_۲$ شریانی وجود دارد.

وقتی که فقط آسم برونشیال شدید وجود دارد، ممکن است هیپرکاپنه نیز رخ بدهد و در چنین مواردی اگر امکان داشته باشد، باید فشار اکسیددوکربن و اکسیژن شریانی را مرتباً کنترل کرد.

چنانچه این کار عملی نباشد و هر گونه سوء ظنّی نسبت به بدتر شدن حال بیمار در هنگام تنفس اکسیژن با غلظت زیاد وجود داشته باشد، باید فوراً غلظت اکسیژن کنترل بشود. در چنین موردی، مرطوب کردن اکسیژن لازم است.

۲ـ داروهای گشاد کنندهٔ برونش

آمینوفیلین را می‌توان توسط تزریق داخل وریدی آهسته داد (به مقدار ۲۵۰-۵۰۰ میلی گرم در مدت ۵-۱۰ دقیقه)، اگر چه ممکن است باعث تهوّع و کاهش فشارخون بشود.

سپس می‌توان توسط انفوزیون، آمینوفیلین را ادامه داد که به مقدار ۰/۵-۱ میلی گرم در دقیقه خواهد بود، و این مقدار، دوز نگهدارنده است.

سالبوتامول، یک گشادکنندهٔ برونش است که کمتر احتمال دارد باعث استفراغ بشود، و به مقدار ۲۵۰ میکروگرم در مدت ۱ دقیقه به صورت تزریق داخل وریدی آهسته داده می‌شود. به هر حال، عوارض جانبی این دارو، (لرزش Tremor) و تاکی کاردی است. این دارو را نیز می‌توان در صورت لزوم، به صورت انفوزیون ادامه داد که مقدار آن ۱۰ میکروگرم در دقیقه می‌باشد و این، دوز نگهدارنده است.

در محل‌هایی که تسهیلات موجود باشد، راه دیگر این است که، سالبوتامول را به صورت محلول ۰/۵ درصد که قابل پاشیدن در بینی باشد، در فواصل متناوب با روش تنفس با فشار مثبت (دمیدن هوا به بینی با دستگاه مخصوص) تجویز نمود.

۳ـ آنتی‌بیوتیک‌ها

عفونت برونشیال در حکم یک عامل تسریع کنندهٔ بیماری به‌شمار می‌آید، و حتی مواقعی که ظاهراً خلط چرکی نیست، آنتی بیوتیک گسترده طیف استفاده دارد.

آمپی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت، تتراسیکلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و یا کوتریموکسازول، ۲ قرص دو بار در روز، مناسب می‌باشند.

۴ـ کورتیکوستروئیدها

استفاده از داروهای کورتیکوستروئید در آسم برونشیال شدید، اجباری است. معمولاً در ابتدا، هیدروکورتیزون داخل وریدی (حداکثر تا ۱۰۰۰ میلی گرم در ۱۲ ساعت اوّل) ضروری است و باید به دنبال آن مقادیر زیاد پردنیزولون در طول چند روز که بعد به صورت یکنواخت کاهش می‌یابد.

۵ـ تسکین

بیماران مبتلا به آسم، اغلب خیلی هیجان‌زده و نگران هستند و حملهٔ حاد تنگی نفس، فقط باعث افزایش بی‌قراری آنها می‌شود. به هر حال، باید در برابر وسوسهٔ تسکین دادن بیماران مبتلا به آسم برونشیال شدید، ایستادگی نمود که علت آن، دو مسئلهٔ اساسی زیر می‌باشد:

الف) بی‌قراری در چنین بیمارانی اغلب نشانهٔ زودرس آنوکسی مغزی است.

ب) تسکین باعث مختل شدن بیشتر تهویه می‌گردد چون سبب دپرسیون مرکز تنفس می‌شود، و به علت از بین بردن بازتاب سرفه باعث تشدید احتباس خلط خواهد شد.

۶ـ کمک برای دفع کردن خلط

نمای مهم و جدی آسم برونشیال شدید و طولانی، انسداد رو به توسعهٔ راه‌های هوایی محیطی است، که علت آن موکوس چسبنده و محکم می‌باشد. چنانچه دزیدراتاسیون رخ بدهد موکوس برونش شدیداً چسبنده و سفت شده و مشکل دفع می‌شود، و باید بدون تأمّل، چنانچه مقدار مایع خوراکی کافی نباشد، از طریق داخل رگی مایع به بدن رسانید.

فیزیوتراپی در درمان آسم شدید، موردی ندارد؛ چون تنگی نفس بیمار به حدی است که نمی‌تواند تحمل کند، و در هر موردی، این عمل دفع خلط از طریق فیزیوتراپی به تغییر مکان تکّه‌های موکوس چسبنده و سفت کمک می‌کند و در نتیجه برونش‌های کوچک‌تر بسته می‌شوند.

داروهای (لیز کنندهٔ موکوس Mucolytic) در حالات اورژانس ارزش ندارند و همان طور که قبلاً گفته شد، ضرورت دارد که اکسیژن تنفسی را مرطوب نمود تا خشک شدن مجاری هوایی را به حداقل رساند.

۷ـ کمک به تنفس

اگر بیمار به درمان ذکر شده پاسخ ندهد، و به خصوص وقتی علائم خطر بروز نارسایی

گردش خون و تنفس در شرف وقوع باشد، باید به کمک یک متخصص بیهوشی، لولهٔ تراکئال گذاشته شود و به طور متناوب توسط دستگاه تنفس مصنوعی هوا دمیده شود. این روش باعث می‌شود که بیمارِ فوق‌العاده خسته مدتی استراحت کند و همچنین زمانی برای تأثیر کورتیکوستروئیدها فراهم گردد.

لاواژ برونش، به عنوان تلاش برای خارج کردن تکّه‌های موکوس از راه‌های هوایی، به ندرت مؤثّر است.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ در طول حملات ملایم آسم برونشیال، هیپوکسمی (کاهش اکسیژن خون) رایج است. آسم برونشیال شدید ممکن است به طور خطرناک باعث ایجاد هیپوکسمی، هیپرکاپنه (افزایش دی اکسید خون) و اسیدوز بشود که در این حالت احتمال مرگ وجود دارد.

۲ـ درمان با اکسیژن برای تمام بیماران مبتلا به آسم ضروری است و معمولاً اثر زیان‌آوری ندارد. مگر اینکه انسداد راه‌های هوایی به حدی شدید باشد که نارسایی تنفسی و احتباس (دی اکسید کربن $CO_۲$) ناگهان اتفاق بیفتد.

۳ـ در بررسی انسدادهای مختلف راه‌های هوایی، به عنوان یک عامل مُؤثّر، تشکیل تکّه‌های مسدود کنندهٔ موکوس، به اندازهٔ انسداد برونش اهمیت دارد، و به وسیلهٔ جلوگیری کردن از بروز دزیدراسیون و از طریق مرطوب ساختن اکسیژن تنفسی باید کوشید تا از احتباس خلط اجتناب شود.

۴ـ باید قبل از اینکه دیر بشود، مقادیر زیاد کورتیکوستروئید داده شود و کمتر متکی به داروهای برونکودیلاتور (نایژه‌گشا) بود. معمولاً آنتی‌بیوتیک گسترده طیف نیز مورد استفاده دارد.

۵ـ باید از دادن داروهای مسکن خودداری کرد.

۶ـ چنانچه حال بیمار رو به وخامت گذاشت و یا علائمی دال بر شروع نارسایی تنفس و گردش خون ظاهر شد، باید بدون تأخیر، اقدام به‌گذاشتن لولهٔ تراکئال توسط متخصص بیهوشی نمود.

آسم

باید گفت که آسم (دمه) عبارت از حمله‌های تنگی نفس است که به هنگام شب شدت می‌یابد.

این بیماری در مردان بیشتر دیده می‌شود و معتقدند که این بیماری تا حدی ارثی است. گاهی دیده می‌شود که در نزدیکان بیمار چون پدر، مادر، برادر یا خواهر بیماری آسم وجود دارد و یا گاه نوع بیماری منسوبین مریض چیز دیگری مانند کهیر، اگزما یا صرع است که خود از موجبات این نوع بیماری به‌شمار می‌آیند و حتی در سابقهٔ شخص بیمار ممکن است به بیماری‌هایی از نوع کهیر، اگزما و آنتروکولیت برخورد نماییم.

علت آسم

حساسیت به بعضی از عوامل هوایی؛ مانند، آلودگی هوا، گرد و غبار، گردهٔ درختان یا ذرات گل‌ها، یا عوامل غذایی؛ مانند، غذاهای مانده و آلوده یا انواع رنگ‌های مختلف که بر در و دیوار وجود دارد و یا پودر تخم‌مرغ در غذاهای گوناگون، از علت‌های بروز آسم به‌شمار می‌آیند.

به طوری که متخصصین می‌گویند علت اصلی آسم حساسیت یا آلرژی است، امّا نباید حساسیت را تنها عامل بروز بیماری آسم دانست. بسیاری از میکروب‌ها و ویروس‌ها نیز از عوامل ایجاد کنندهٔ بیماری آسم هستند.

تأثیر عوامل جوی، آب و هوا و محیط زندگی

در بعضی بیماران دیده شده است که وقتی در منطقه یا محلی معین مثلاً یک شهر یا ده یا باغ یا اطاق به خصوصی قرار می‌گیرند، دچار حمله‌های آسم می‌شوند. بوی گیاهان، حیوانات و عطرهای گوناگون یا استنشاق هوای آلوده نیز در ایجاد حمله‌های آسم تأثیر دارد. غیر از عوامل حساس کننده یا ایجاد کنندهٔ بیماری آسم، وجود یک علت درونی در

شخص بیمار نیز در ایجاد تنگی نفس و آسم تأثیر دارد؛ چون، عفونت یا انحرافات بینی.

علائم بالینی

آسم با حمله‌های ناگهانی بروز می‌کند و در فاصلهٔ حمله، علائم آن از بین می‌رود و یا تخفیف می‌یابد.

این بیماری با سرماخوردگی شدت می‌یابد و نیز ممکن است توأم با بیماری‌های دیگر چون برونشیت حاد یا مزمن و آمفیزم (تجمع هوا در بافت‌ها) و تصلب ریه یا سل ریه همراه باشد.

حملهٔ آسم معمولاً بی‌مقدمه و ناگهان بین نیمه‌های شب و تا نزدیکی‌های صبح ادامه داشته، ظرف چند دقیقه به منتهای شدت خود می‌رسد. گاهی اوقات قبل از شروع حمله عوارض چندی چون عصبانیت، هیجان، اضطراب، زکام، ناراحتی‌های دستگاه گوارش بروز می‌کند.

فردای این حملهٔ شبانه علائم بیماری تخفیف یافته یا از بین می‌رود. ولی شب بعد مجدداً بروز می‌کند و همین حملهٔ شبانه است که بیمار را ناراحت و حتی مستأصل می‌نماید.

در روز ناراحتی دیده نمی‌شود و این علائم با تب و درد سینه و پهلو همراه است.

باید این نکته را یادآور شویم که این علائم به علت بیماری‌های دیگری چون بیماری‌ها و یا حمله‌های قلبی، نقرس‌های کلیوی، افزایش فشارخون، کمبود فشار خون یا در بیماری‌های مزمن ریه دیده می‌شود. در کودکان نیز به علت‌های مختلف این علائم یا تنگی نفس به وجود می‌آید. هنگام بروز بیماری و عدم دسترسی به پزشک، به کار بردن دستورات زیر ضرورت دارد.

استراحت کامل ـ بیمار باید در یک اطاق روشن و فضادار که خالی از هرگونه مبل و پرده و اثاثیهٔ اضافی باشد، بستری شود. باید متذکر شد گاهی ممکن است که بیمار به پَرِ بالش و بوی بسترِ خود و یا به اشیای دیگری که در کار و زندگی خود دائماً با آنها در تماس است حساس شده باشد. از این جهت گاهی لازم است که بیمار منزل همیشگی خود را تغییر دهد.

حرارت اطاق باید مطبوع باشد و هوای اطاق باید دائماً تازه شود.

رژیم غذایی بیمار باید ساده باشد چون سوپ، آش سبزی، کمپوت، آب میوه، شیر گرم یا چای گرم.

در هنگام بروز حمله و ناراحتی شدید، بهتر است یک عدد آمپول آدرنالین که روی قند شکسته‌شده، به بیمار بدهند که بمکد تا حملهٔ بیماری پایان یابد.

در هنگام مزمن شدن بیماری مصرف روزی سه عدد قرص آفدرین در درمان بیماری بسیار مفید است.

از این پس هیچ کودکی معلول به دنیا نمی آید.

بیماری‌های ژنتیک در میان نوزادان از میان خواهد رفت و از این پس اگر حتی یکی از دو قلوها در رحم مادر دچار بیماری‌های ژنتیکی باشد، پزشکان می‌توانند، جنین ناسالم را از میان ببرند.

دکتر «آندرزآبرگ» یکی از متخصصین در کلینیک دانشگاهی «دودی لوند» سوئد کار می‌کند، پس از سال‌ها موفق به این کشف بزرگ شد.

دکتر آندرز پس از آزمایش‌های بسیاری که روی رشد و نمو جنین‌ها و دوقلوها انجام داده به این نتیجه رسیده است که از مایع «آمنیوتیک» درون رحم زن باردار می‌توان تشخیص داد که جنین‌های او در چه وضعی هستند و در صورتی که یکی از دوقلوها به بیماری ژنتیک مبتلا بود، می‌توان از طریق آزمایش بیماری را تشخیص داد و نسبت به از میان بردن جنین بیمار اقدام کرد.

اغلب نوزادان به خصوص دوقلوها پس از تولد دارای اندام یا عضوی غیرطبیعی هستند و یا اینکه از نظر روانی ناقص‌الخلقه‌اند. با کشف بزرگ دکتر آندرز از این پس هر روز هزاران کودک ناقص‌الخلقه متولد نخواهند شد که تا پایان عمر سربار جامعه باشند و خود نیز در رنج و عذاب به سر برند. پس از اینکه یکی از دوقلوهای ناسالم از میان رفت جنین دیگر که سالم و طبیعی است می‌تواند رشد طبیعی خود را ادامه دهد. کشف عملی دکتر آندرز به سال ۱۹۸۰ میلادی در تاریخ پزشکی فوق‌العاده بود و حیرت و شگفتی جهان پزشکی را برانگیخت.

دکتر آندرز توانست برای اولین بار دستگاه خود را روی یک زن به نام جولیا که در یکی از بیمارستان‌های معلولین سوئد بستری بود، آزمایش کند. زن دو قلو باردار بود و دکتر آندرز تشخیص داد که یکی از جنین‌های درون رحم وی بیمار است. در نتیجه این جنین را پس از آزمایش‌های دقیق علمی از میان برداشت و نوزاد دیگر سالم به دنیا آمد.

دستگاه بازشناسی بیماری‌های جنینی آن قدر دقیق است که نه تنها قادر است طرز کار تمام سازواره‌های جنین، و رشد و نمو آنها را مشخص کند؛ بلکه روز و ساعت وضع حمل را نیز مشخص می‌کند. در حال حاضر این آزمایش را روی زنانی که سنشان از ۳۵ سال به بالا باشد، می‌توان انجام داد. مایع آمنیوتیک درون رحم زن باردار را می‌بایست حتماً در هفدهمین هفتهٔ بارداری تحت آزمایش قرار داد. مدت آزمایش پنج هفته به طول می‌انجامد و وقتی زن ششمین ماه بارداری را می‌گذراند، ما می‌توانیم تشخیص دهیم که جنین وی سالم است یا بیمار و اگر بیمار است در موقع لازم اقدام به معدوم کردن آن کنیم.

بهترین موقع برای از بین بردن جنین بیمار، بیست و چهارمین هفتهٔ بارداری است. شیوهٔ کار دکتر آندرز به منظور معدوم ساختن جنین بیمار، به این صورت است که ابتدا موقعیت و محل دقیق جنین بیمار را در درون رحم مشخص می‌کند و آن گاه به وسیلهٔ یک انژکسیون (رگ‌گشا) قلب او را از فعالیت باز می‌دارد. در نتیجه جنین درون رحم تلف می‌شود. جالب اینجاست که جنین معدوم شده تا آخرین لحظهٔ وضع حمل همچنان در کنار جنین سالم درون رحم قرار دارد. وقتی جنین سالم کاملاً رشد کرد و هنگام وضع حمل فرا رسید، ابتدا جنین مرده از رحم خارج می‌شود و چون جفت آن راه رحم را مسدود می‌کند، نوزاد سالم از طریق سزارین به دنیا می‌آید.

انفارکتوس کاردیوپاتی ایسکمیک یا انفارکتوس (بیماری همه گیر قرن ما)

باید گفت بیماری ایسکمی که در اثر بسته شدن یکی از شاخه‌های شرایین قلبی یا کرونر تولید می‌شود، متأسفانه در این قرن یا این زمان به علت هیجان‌های روحی و زندگی ماشینی مردم روز به روز شایع‌تر و بیشتر می‌شود. به طوری که آمار نشان می‌دهد، متأسفانه مرگ و میر به علت انفارکتوس یا ایسکمی شریان‌های قلبی در بین مردان زیر ۴۰ سال، از ۲۱ تا ۲۷ درصد است و از سن ۴۰ سالگی به بعد این نسبت بیشتر می‌شود، بدین صورت که به ۳۳ تا ۵۱ درصد افزایش می‌یابد. از ۵۰ سالگی به بعد ۳۹ تا ۵۷ درصد و از ۶۰ سالگی به بالا به ۴۸ درصد می‌رسد و از ۷۰ سالگی به بعد نیز یکی از علل واقعی مرگ و میر می‌باشد.

تحقیقات در مورد علل این بیماری

نخست باید بگویم که ایسکمی شرایین کرونر معلول دو علت است. آمبولی و ترومبوز.

۱ـ آمبولی شرایین کرونر کاملاً استثنایی است و آن را در بعضی موارد آئورتیت (التهاب سیاهرگ قلب) عفونی حاد و (آنوریسم Aneurysm) می‌نامند.

۲ـ ترومبوز ـ برخلاف آمبولی، ترومبوز یکی از شایع‌ترین و اساسی‌ترین علتهای انفارکتوس‌ها و ایسکمی‌های شریانی است. سابق بر این کروناریت سیفیلیسی را مهمترین عامل انفارکتوس می‌دانستند ولی امروز به تحقیق رسیده است که آتِروم و تصلب شرایین کرونر به مراتب مهمتر است. بنابراین می‌توان گفت که ایسکمی شرایین یا انفارکتوس در سنین آرتریواسکلروز (تصلب شرایین) بروز می‌کند.

همان طور که قبلاً گفتیم مردان بیش از بانوان دچار این عارضه می‌شوند و شاید بتوان گفت در دنیای ماشینی و تحرّک‌آمیز قرن ما مردان بیشتر در معرض تحریک بوده و عوامل ایجادکنندهٔ بیماری در آنان بیشتر اثر می‌نماید.

باید گفت تمام عواملی که در ایجاد آتِروم (تودهٔ ضخیم‌شدهٔ سرخرگ) و تصلب عروق مُؤثر است، در ایجاد ایسکمی کرونر یا انفارکتوس هم تأثیر دارد. از این قبیل می‌توان عوامل زیر را نام برد:

۱ـ مسمومیت‌های مزمن

همان طور که گفتم این بیماری قرن ماست، زیرا مصرف مشروبات الکلی در این زمان بسیار زیاد شده است و همین مصرف مداوم الکل و مسمومیّتی که از آن عارض می‌شود در ایجاد ایسکمی اثر دارد.

از مسمومیّت‌های مزمن دیگر استعمال مواد مخدر است که بین جوانان بعضی کشورها رایج گردیده و نیز استعمال سیگار و دخانیات که جوانان بسیاری نخست به عنوان سرگرمی بدان روی می‌آورند و به تدریج دچار اعتیاد شده، مسمومیت نیکوتین در آنها ایجاد می‌شود، در ایجاد انفارکتوس نقشی اساسی دارد. ناگفته نماند تبلیغات کارخانجات سازندهٔ سیگار نیز تشویقی است برای مصرف سیگار.

۲ـ عفونت‌های مزمن

آزادی مسائل و ارتباط جنسی خواه ناخواه در ایجاد بیماری‌های جنسی و شیوع آن اثر دارد و مخصوصاً ازدیاد سیفیلیس در به وجود آوردن ایسکمی نقشی اساسی دارد.

۳ـ بیماری تغذیه

تغذیهٔ نادرست، پُرخوری و زیاده روی در مصرف چربی یکی از علل ایجاد و ازدیاد بیماری‌های قلبی مخصوصاً ایسکمی یا انفارکتوس می‌باشد. با توجه به اینکه در سنین بالا باید شخص بیش از هر موقع به وضع غذا توجه کند، ابتدا یادآور می‌شویم که مقدار غذایی که شخص مصرف می‌کند، نباید بیش از دو هزار و پانصد کالری داشته باشد. و نیز باید یادآور شد که مواد گوشتی نباید از حد معینی تجاوز کند. بدین صورت که مصرف گوشت در شبانه روز برای شخص بیش از ۵۰ سال نباید از ۱۰۰ گرم تجاوز کند و اگر سابقهٔ

نقرس و ازدیاد اسیداوریک داشته باشد این مقدار باید کمتر شود.

موضوع مهم در بروز ایسکمی کاردیاک (قلبی) مصرف مواد چربی است. لذا اول باید چربی‌ها به صورت روغن‌های نباتی سیال (مایع) چون روغن زیتون، آفتابگردان و ذرت باشد و گذشته از آن به مقدار کم مصرف شود.

دیگر از مواد مورد مصرف گلوسیدها یا مواد قندی ـ نشاسته‌ای می‌باشد که لازم است در سنین بالا مورد مراقبت قرار گیرد و در شبانه‌روز از میزان معینی تجاوز ننماید. این مقدار نباید بیش از ۳۰۰ گرم در روز باشد.

۴ـ تأثّرات و هیجان‌های روحی

یکی دیگر از علل ایجاد ایسکمی قلبی یا انفارکتوس هیجان‌های روحی و شوک‌های عصبی می‌باشد. مخصوصاً در این دوران و این قرن که زندگی ماشینی خود به خود اعصاب را تحت تأثیر و تحریک قرار داده و عجله و پُرکاری جای آرامش و سکون را گرفته است. سر و صدا و جنجال‌های شهری، تحریکات و جنگ‌های سرد و گرم که به وسیلهٔ روزنامه‌ها، تلویزیون و رادیو ناراحتی و نگرانی را فراهم می‌سازد، شرایط زندگی و لوکس خواهی نیز موجب تلاش بیشتر گردیده، همه با هم وضعی غیرطبیعی برای اعصاب به وجود می‌آورد که نتیجهٔ آن ایجاد ایسکمی قلبی و گرفتگی کرونر خواهد بود.

آسیب‌شناسی

ضایعات انفارکتوس میوکارد شامل دو قسمت است: یکی انسداد شریانی و دیگری کانون ایسکمی و نکروز (از بین‌رفتن بافت).

الف ـ انسداد شریانی

انسداد شریانی در یکی از انشعاب‌های فرعی شرایین کرونر، چه انسداد تنهٔ اصلی شرایین کرونر و یا دهانهٔ آنهاست که بیمار به زودی می‌میرد و کانون انفارکتوس وقت تشکیل شدن ندارد.

این حالت بیشتر در انشعاب‌های شریان کرونر چپ است و باید دانست که شریان‌های بطنی بیش از شرایین دهلیزی مسدود می‌شوند. یکی از نقاط مهم انسداد شریان،

انتروانتریکولر قدامی است. در قسمتی که میان شریان اوریکولوانتریکولر و شریان تیغه قرار دارد، جدار شریان سخت و ضخیم و متصلّب است و در روی آن تکه‌های آتروم وجود دارد. رسوبات آهکی نیز در بعضی قسمت‌ها دیده می‌شود. داخل شریان را ترومبوس کم و بیش بزرگی مسدود کرده است. این لخته برحسب آنکه تازه یا قدیمی باشد به رنگ قرمز تیره و یا خاکستری است. در بعضی موارد خیلی پیشرفته لختهٔ خون به‌کلی تغییر ماهیت داده و به صورت یک تودهٔ تصلبی درآمده است، به نحوی که تمییز آن از مـابقی جـدار شریان امکان‌پذیر نیست.

ب ـ کانون ایسکمی و نکروز

محل کانون تابع شریانی است که مسدود می‌شود. کانون انفارکتوس معمولاً در سطح قدامی قلب و بیشتر در دو ثلث تحتانی آن و در نوک قلب است. انفارکتوسِ سطح خلفی نادر است و از وجود لختهٔ خون در انشعاب‌های شریان کرونر راست حاصل می‌شود.

کانون انفارکتوس گاهی یکی است و گاهی متعدد و مـمکن است بسـیار کـوچک یـا برخلاف، بسیار بزرگ باشد و قسمت اعظم قلب را اشغال کند.

کانون انفارکتوس وقتی تازه است به رنگ قرمز تیره و چندی که گذشت به رنگ زرد خاکستری در می‌آید، بعد کم‌کم به یک تودهٔ تصلبی سخت رنگ پریده مُبدّل می‌شود که در آن گاهی تکه‌های نسج آهکی شده وجود دارد.

ضایعات بافت‌شناسی عبارت است از انتشار گلبول‌های قرمز در خلال الیاف عضلانی میوکارد و استحالهٔ این الیاف و واکنش نسج همبند که تدریجاً به تصلب کانون انفارکتوس منتهی می‌گردد.

علاوه بر اینها ضایعاتی متعلّق به بعضی عوارض مخصوص ممکن است دیده شود که مهمترین آنها عبارت‌اند از:

- میوکاردیت مزمن
- چرکین شدن کانون
- آنوریسم (نازکی) جدار قلب

- پاره‌شدن جدار قلب

ضایعات انساج مجاور - در آئورت معمولاً قطعات آتروم و ضایعات تصلبی وجود دارد. در آندوکارد در آن قسمتی که مجاور کانون انفارکتوس است، همیشه آثار آماس به صورت ضخیم شدن و تصلب آندوکارد مشهود است.

در پریکارد نیز در آن قسمتی که مجاور کانون انفارکتوس است همیشه آثار آماس به صورت پریکاردیت فیبرینی یا ترشحی دیده می‌شود.

علائم بالینی

انفارکتوس میورکاد گاهی هیچ‌گونه علامتی ندارد و فقط در کالبدگشایی شناخته می‌شود. گاهی نیز این عارضه سبب مرگ ناگهانی است، امّا بیشتر اوقات انفارکتوس میوکارد به شکل آنژین بی‌نهایت سخت و ممتدی عارض می‌گردد که همان شدت و دوام آن برای تشخیص ما کافی است.

بیمار اغلب مردی است پنجاه ساله یا پیرتر معمولاً دچار تصلب شرایین یا افزایش فشار خون و غیره که ناگهان دردی مافوق تحمل در پشت جناغ سینه و ناحیهٔ قلب احساس می‌کند. این درد که بیشتر به شکل احساس خرد شدن و پاره شدن قلب و فشردگی است با اضطرابی هولناک و احساس مرگ آنی همراه است و نه تنها در تمام سینه و گردن و فک و بازوها منتشر می‌شود بلکه اپی‌گاسترو پهلوها را هم می‌گیرد.

این آنژین صدری بسیار طولانی است و معمولاً چندین ساعت یا چند روز طول می‌کشد و با درمان‌های معمولی آرام نمی‌گیرد که این خود یکی از مشخصات بزرگ انفارکتوس میوکارد است. علاوه بر این حالت سنکوپ (ضعف‌کردن) خطرناکی وجود دارد و سیمای پریده رنگ و کبود، عرق سرد، تنگی نفس، نبض نخی شکل، سقوط فشارخون و کم شدن ادرار و غیره همه از وخامت عارضه حکایت می‌کند.

علائم فیزیکی

معاینهٔ بیمار باید در نهایت ملایمت و احتیاط به عمل آید. در امتحان قلب گاهی هیچ علامت مخصوصی وجود ندارد. ولی بیشتر اوقات صداهای قلب ضعیف‌اند و گاهی به زحمت شنیده می‌شوند. غالباً صدای گالوپ یا سوفل نارسایی عملی دریچهٔ میترال وجود

دارد.

علاوه بر این چیزی که واقعاً شایستهٔ توجه است وجود فروتمان پریکارد است که در ۱۲ تا ۱۵ درصد موارد به گوش می‌رسد و یکی از علائم بزرگ این بیماری است. فروتمان پریکارد بیشتر در نوک قلب یا کمی بالاتر از آن است و ترجمان تحریکی است که در پریکارد و در قسمتی که مقابل یا مجاور کانون انفارکتوس پدید آمده است. در بعضی موارد نادر این تحریک پریکارد به پریکاردیت ترشحی می‌انجامد و حتی گاهی با پلورزی سمت چپ نیز همراه می‌گردد. ولی غالب آن است که این فروتمان بسیار موقتی است و بیش از چند ساعت یا یکی دو روز باقی نمی‌ماند و یا آنکه از بین می‌رود و دوباره ظاهر می‌شود. بنابراین برای اینکه آن را ناشنیده نگذاریم لازم است قلب را هر روز یکی، دو بار و آن هم به دقت امتحان کنیم.

ضربان قلب معمولاً سریع و منظم است ولیکن بی‌نظمی‌های مختلف مانند اکستراسیتسول‌ها و آریتمی (بی‌نظمی ضربان قلب) کامل و غیره نیز نادر نیست و اگر کانون انفارکتوس شاخه‌های هیس را گرفته باشد سندرم استوکس‌آدامس پدید می‌آید.

نبض معمولاً تند و ضعیف و نخی شکل است. فشارخون بیشینه خیلی پایین آمده و معمولاً از ۱۰ کمتر است که از علائم بزرگ بیماری است. فشار کمینه هم تا حدی پایین آمده است. سقوط فشارخون گاهی در همان ساعات اول انسداد شریان بروز می‌کند، ولی بیشتر اوقات یکی دو روز می‌گذرد تا این علامت بروز کند.

علائم عمومی

علاوه بر آنژین صدری و فروتمان پریکارد و سقوط فشارخون که سه علامت بزرگ انفارکتوس میوکارد است، یک علامت چهارم هست که در تشخیص بیماری فوق‌العاده اهمیت دارد و آن تب است.

تب انفارکتوس میوکارد معمولاً از روز اول یا دوم انسداد شریان شروع می‌شود و تا چند روز ادامه دارد. بعد تدریجاً پایین می‌آید و قطع می‌شود. این تب عموماً خفیف است و از ۳۸ تا ۳۸/۵ درجه تجاوز نمی‌کند. امروزه آن را نتیجهٔ جذب شدن کانونِ انفارکتوسِ عفونت پیدا کرده و یا کانون تازه به وجود آمده می‌دانند.

نکتهٔ عملی

درجهٔ حرارت این بیماران را باید از طریق رکتوم گرفت، چه در روزهای اول ممکن است بیماران دچار شوک یا کولاپس باشند و اگر دماسنج را در زیر بغل و یا حتی در دهانشان بگذاریم، ممکن است اصلاً بالا نرود و یا خیلی کم بالا برود.

نکتهٔ مهم آنکه این تب با هیپرلکوسیتوز و پلی‌نوکلئوز نسبتاً شدیدی همراه است. چنانکه گاهی شمارهٔ گلبول‌های سفید به ۲۰ یا ۲۵ هزار می‌رسد و نسبت پلی‌نوکلئرها از ۸۰ درصد می‌گذرد. این هیپرلکوسیتوز معمولاً از روز دوم یا سوم ظاهر می‌گردد و تا چند روز باقی می‌ماند. نکتهٔ مهم آنکه هیپرلکوسیتوز ممکن است بدون تب باشد. همچنان که تب ممکن است بدون هیپرلکوسیتوز باشد.

به غیر از هیپرلکوسیتوز و پلی‌نوکلئوز سرعت ته نشین شدن گلبول‌های قرمز نیز افزوده است و این علامت که یکی از علائم بزرگ انفارکتوس میوکارد به شمار می‌آید، دو تا پنج روز بعد از انسداد شریان ظاهر می‌گردد و تا پایان بیماری دوام دارد.

علائم دیگر

علائم گوارشی مانند تهوع، استفراغ، سکسکه، نفخ و اسهال و غیره غالباً وجود دارد. تنگی نفس در پاره‌ای موارد عارض می‌گردد. این تنگی نفس بیشتر به صورت حملات ناگهانی است و ممکن است منجر به خیز حاد ریه شود و باید دانست که هر خیز حاد ریه مشروط بر اینکه مربوط به افزایش فشارخون و عارضهٔ قبلی میوکارد و ضایعات دریچهٔ آئورت نباشد، فکر را باید متوجه انفارکتوس میوکارد نماید. البته بعدها که نارسایی عمل قلب برقرار شد انواع مختلف تنگی نفس نیز بروز می‌کند.

گاهی اوقات سوبیکتر کم و بیش واضحی پدید می‌آید که نتیجهٔ جذب شدن کانون انفارکتوس است.

آزمایش ادرار در ده درصد موارد گلیکوزوری نشان می‌دهد و حتی گاهی آستون نیز یافت می‌شود.

آزمایش پرتوشناسی

در آزمایش پرتوبینی و یا رادیوگرافی گاهی هیچ‌گونه تغییری دیده نمی‌شود ولی

غالب اوقات ابعاد قلب افزوده شده است.

رادیو کمیوگرافی ضعف انقباض قلب را خصوصاً در قسمتی که کانون انفارکتوس در آن واقع است ظاهر می‌سازد.

الکتروکاردیوگرافی

به ندرت اتفاق می‌افتد که منحنی الکتریکی قلب از هر حیث عادی باشد، عموماً تغییراتی در منحنی‌ها پدید می‌آید که در تشخیص انفارکتوس میوکارد بسیار اهمیت دارد.

چیزی که بعد از حملهٔ اول انفارکتوس میوکارد نهایت اهمیت را دارد احتمال بازگشت بیماری است و باید همیشه به خاطر داشت که این بیماران دائماً در معرض این خطر قرار دارند. بدیهی است که هر دفعه که کانون تازه تشکیل می‌شود، پیش‌آگهی آن از حملهٔ اول به مراتب وخیم‌تر است. بعضی از بیماران ممکن است چندین دفعه دچار انفارکتوس میوکارد شوند ولی روی هم رفته این گونه موارد فراوان نیست.

درمان

استراحت مطلق در بستر و تسکین درد اساس درمان انفارکتوس میوکارد است.

۱ـ استراحت مطلق

به محض تشخیص بیمار را باید مطلقاً بی‌حرکت کرد و مادامی که علائم بیماری باقی است، به این بی‌حرکتی ادامه داد. بیمار نباید خودش غذا را در دهان بگذارد و یا در بستر بدون کمک حرکت کند و مثلاً از پشت به پهلو بخوابد و یا برای حوائج خود تکان بخورد. یک نفر پرستار باید دائماً مراقب باشد تا با کمترین تقاضای بیمار کمک‌های لازم را انجام دهد. غرض این است که تا سر حد امکان تحمیلی به قلب نشود.

صحبت و ملاقات و تأثّر و اشتغال خاطر بسیار مضر است و باید صریحاً ممنوع باشد.

این ترتیب باید لااقل تا سه هفته ادامه داشته باشد. پس از آن مشروط بر اینکه حال بیمار رضایت‌بخش باشد، بیمار می‌تواند خودش غذا را در دهان بگذارد و یا در بستر بدون کمک تکان بخورد و یا یکی دو ملاقات مختصر در روز داشته باشد.

در تمام مدت بیماری باید توجه کامل به منحنی تب و منحنی نبض و ارقام فشار

خون مبذول داشت و شمارهٔ گلبول‌های سفید و سرعت ته نشین شدن گلبول‌های قرمز را مکرر تعیین کرد و مخصوصاً آزمایش الکتروکاردیوگرافی را به فواصل معین تجدید نمود تا معلوم شود بیماری چه طور پیشرفت می‌کند.

بدیهی است مادام که کانون انفارکتوس التیام نیافته و قلب نیروی خود را کاملاً احراز نکرده باشد، حرکت کردن بیمار مجاز نخواهد بود. روی هم رفته باید در حدود سه ماه صبر کرد تا از هر جهت اطمینان حاصل شود. البته گاهی بیمار ظرف مدت کوتاه‌تری بهبود می‌پذیرد ولی رقم سه ماه یک رقم متوسط است که باید همیشه در نظر داشت.

رژیم غذایی بیمار در روزهای اول باید کاملاً ساده باشد. مقداری شربت قند یا آب‌میوه کافی است تا از دزیدراتاسیون بدن جلوگیری شود. روزهای بعد به نسبتی که حال بیمار رو به بهبود می‌رود، می‌توان مقداری مواد مغذّی‌تر از نوع شیر و کمپوت و بیسکویت و آب جوجه تجویز نمود. در هر حال غذای بیمار باید فاقد نمک زیاد و ادویه و مواد محرک و سمّی باشد.

۲ـ تسکین درد

برای تسکین درد در سه چهار روز اول مرفین یا پانتوپون تزریق می‌کنند و بعد که دردهای فوق‌العاده شدید و حالت اضطراب و بی‌تابی بیمار آرام گرفت، لومینال و برمورها و کلرال و مانند اینها را به کار می‌برند.

آتروپین را برای جلوگیری از اسپاسم (انقباض غیرارادی) کرونرها توصیه کرده‌اند و آن را هر چهار ساعت به مقدار یک چهارم تا نصف میلی گرم داخل ورید یا در زیر پوست بازو تزریق می‌کنند.

پاپاورین مقدار ۰/۰۵ گرم هر چهار ساعت داخل ورید بازو تزریق می‌شود و غالباً بسیار مفید است. آمینوفیلین نیز بسیار مفید است و آن را به مقدار ۰/۵۰ گرم سه یا چهار بار در روز داخل ورید بازو تزریق می‌کنند.

امّا مفیدتر از همهٔ اینها استنشاق اکسیژن است و باید آن را از همان روزهای اول به کار برد. اکسیژن، تنگی نفس و کبودی رنگ را از بین می‌برد و درد و ناراحتی قلب را تسکین می‌دهد و از زحمت قلب می‌کاهد.

برای درمان شوک یا کُلاپس بیمار را گرم نگاه می‌دارند و محلول ایزوتونیک گلوکز در زیر پوست او تزریق می‌کنند.

اگر خیز حاد ریه در کار باشد، به جای محلول ایزوتونیک محلول هیپرتونیک ۵۰ درصد گلوکز به مقدار ۵۰ تا ۱۰۰ سانتی‌متر مکعب داخل ورید بازو تزریق می‌کنند.

باید به خاطر داشت که آدرنالین خطرناک است و ممکن است باعث فیبریلاسیون قلب گردد.

در بیمارانی که نارسایی عمل قلب دارند تجویز اوابائین یا مقوّیات دیگر قلب ضروری است. ولی دیژیتالین را گروهی از پزشکان لااقل در مراحل اول بیماری تجویز نمی‌کنند.

در بی‌نظمی‌های شدید ضربان، کنیندین را به مقدار ۰/۲۵ گرم چهار یا پنج مرتبه در روز به کار می‌برند و بعضی از قلب‌شناسان مدّعی هستند که این دارو در جلوگیری از فیبریلاسیون و انتریکولر که خطرناک‌ترین انواع بی‌نظمی‌ها است نیز بسیار مُؤثّر است.

در دورهٔ نقاهت اگر نارسایی عمل قلب در کار باشد باید دیژیتالین را به مقادیر مقتضی تجویز نمود. بعضی از پزشکان تجویز آمینوفیلین را به طور مداوم تا مدت چندین هفته پیشنهاد کرده‌اند.

بیمار چنانکه گفتیم تا مدت سه ماه باید بستری باشد بعد از آن می‌تواند کار و فعالیت خود را به تدریج شروع کند. مشروط بر آنکه از هر گونه کار جسمی و دماغی خسته کننده خودداری نماید. گاهی از اوقات دورهٔ نقاهت یک سال یا بیشتر طول می‌کشد. گاهی نیز اختلال عمل میوکارد به حدی است که بیماران قادر به هیچ کار و فعالیتی نخواهند بود.

انفارکتوس میوکارد

(MYOCARDIAL INFARCTION)

زمانی که انفارکتوس میوکارد (عضلهٔ میانی قلب) در فرم کلاسیک خود بروز کند، از نظر تشخیص مشکلات کمی را به وجود می‌آورد؛ مثلاً، ظهور ناگهانی درد شدید پشت جناغ قفسهٔ سینه که اغلب به صورت احساس فشار یا سنگینی بیان می‌گردد و به گردن، آرواره‌ها، پشت و یا پایین بازوها انتشار می‌یابد. علائم دیگری که معمولاً اضافه می‌شوند، عبارت‌اند از: عرق کردن، سرگیجه، استفراغ و احساس بی‌حال شدن. درد دائمی است و اغلب برای تسکین درد، داروهای ضد درد قوی لازم است.

چنانچه نارسایی بطن چپ رخ بدهد، به علت تنگی نفس شدید، معمولاً درد از نظر دور می‌ماند. علت اینکه چرا به طور ناگهانی قلب قادر به جبران قدرت انقباضی خود نیست؛ پس از گرفتن نوارقلبی و اندازه‌گیری آنزیم‌های سرم معلوم می‌شود.

امکان دارد در اشخاص مسن؛ انفارکتوس میوکارد، بدون درد باشد. بیمار از هیچ نکته‌ای شکایت ندارد، مگر کمی بی‌حالی و یا از دست دادن آگاهی به طور موقت؛ و چنانچه بررسی‌های بیشتری انجام نگیرد، اهمیت زیاد این شکایت به ظاهر کوچک، نادیده گرفته می‌شود. به همین طریق، یک انفارکتوس میوکارد بدون درد، می‌تواند عامل مساعد کننده‌ای برای یک حملهٔ ناگهانی در شخص مسن باشد.

تظاهرات بالینی دیگر انفارکتوس میوکارد عبارت‌اند از: بروز ناگهانی آریتمی قلب (مثل فیبریلاسیون دهلیزی و یا تاکی‌کاردی بطنی) معمولاً بیمار رنگ پریده است و عرق کرده، ولی اغلب، امتحانات فیزیکی، هیچ نکتهٔ غیرعادی را نشان نمی‌دهد. توجه زیاد برای شنیدن صدای سوم قلب و مالش پریکارد، خیلی با ارزش است و چون هر کدام از این دو علامت، ممکن است فقط برای زمانی کوتاه وجود داشته باشند، باید سمع قلب مرتب تکرار گردد. فشارخون، معمولاً طبیعی است و حتی در مراحل اولیهٔ بیماری،

ممکن است بالا برود.

به علت فقدان علائم فیزیکی خاصی، معمولاً تشخیص توسط گرفتن شرح حال مشخص می‌شود. درد پشت جناغ قفسهٔ سینه در افراد میانسال یا مُسن، کاملاً باید با در نظر گرفتن جوانب کار و احتیاط درمان شود.

در تشخیص افتراقی درد به علت انفارکتوس میوکارد، دردهایی که از قفسهٔ سینه منشأ می‌گیرند، مطرح است که عبارت‌اند از: پریکارد، مری، ریه‌ها، پلور (پردهٔ جنب)، دیوارهٔ قفسهٔ سینه، آئورت (سیاهرگ قلب)، ریشه‌های عصبی؛ و یا احتمال دارد درد در اثر یک عارضهٔ شدید و ناگهانی در داخل شکم باشد.

شواهد تأیید کننده

الکتروکاردیوگرام، با ارزش‌ترین وسیلهٔ بررسی است، چون نتیجه فوراً در دسترس است. شکل‌های اصلی انفارکتوس میوکارد عبارت‌اند از: عمیق شدن موج Q، بالا رفتن S.T در اشتقاق‌هایی که مقابل ناحیهٔ آسیب دیده می‌باشد و متقابلاً پایین‌افتادن S.T در اشتقاق‌های دور دست و معکوس شدن عمیق و قرینهٔ موج T.

به هر حال، این تغییرات ممکن است در خلال چند روز بروز کنند، بنابراین اگر شکی وجود دارد بهتر است مکرراً پیگیری‌های لازم به عمل آید. علائم دیگری که ممکن است وجود داشته باشند عبارت‌اند از:

۱ـ بالارفتن مختصر درجهٔ حرارت، ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از بستری شدن بیمار و ادامه یافتن آن تا چند روز.

۲ـ بالا رفتن E.S.R که دال بر نکروز (تباهی بافت) عضله است و وجود لوکوسیتوز پلی‌مرف.

۳ـ اندازه‌گیری آنزیمی سرم ـ چنانچه سرم سابقهٔ انفارکتوس قبلی و یا درمان با دیژیتالین یا وجود بلوک شاخهٔ چپ باشد و یا E.C.G نکتهٔ غیرطبیعی مهمی را نشان ندهد؛ اندازه‌گیری آنزیم‌های سرم ارزش زیادی دارد.

اندازه‌گیری آنزیم سرم، در بدو ورود بیمار و بعد از ۲۴ ساعت و ۴۸ ساعت انجام می‌گردد. آنزیم‌هایی که ارزش تشخیصی دارند، عبارت‌اند از: آسپارتات دآمینوترانسفراز

(AST یا GOT) و کرآتین کیناز (CK) و هیدروکسی بوتیرات دهیدروزاناز (HBDH) و لاکتات دهیدروژناز (LDH).

حداکثر میزان AST و CK، معمولاً حدود ۲۴ ساعت پس از انفارکتوس میوکارد آشکار می‌شود و HBDH و LDH، ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از انفارکتوس. بنابراین مقدار LDH و HBDH، به خصوص خیلی کمک می‌کند.

رسیدگی به وضع بیمار

به محض ورود به بیمارستان، ترجیحاً، بیمار در (بخش مراقبت‌های قلبی C.C.U) بستری می‌شود و باید حداقل تأخیر در این کار منظور شود، چون لازم است در اسرع وقت، ریتم قلب را کنترل کرد و اقدامات لازم را انجام داد؛ زیرا احتمال وقوع هر نوع آریتمی می‌رود.

تسکین درد، یک امر حیاتی است و دیامرفین داروی انتخابی می‌باشد و مقدار اولیهٔ دارو، ۱۰ میلی گرم تزریق داخل عضلانی است. یک ضد استفراغ نیز می‌توان داد، چون معمولاً به علت ترکیبات مرفین استفراغ به وجود می‌آید و آن عبارت است از: سایکلیزین به مقدار ۵۰ میلی گرم و یا پروکلرپرازین به مقدار ۱۲/۵ میلی گرم داخل عضله. تزریق دیامرفین باید آن قدر تکرار شود تا درد تسکین یابد و معمولاً برای این منظور مقادیر زیاد دارو لازم است. البته از آنجایی که تجویز دارو کوتاه مدت است، امکان اعتیاد به آن بسیار بعید است و نباید به خاطر اینکه مبادا اعتیاد به وجود آید، از دادن دارو خودداری کرد. عارضهٔ جانبی مهم دیامرفین، دپرسیون (کندی) تنفسی است و به همین جهت، باید در بیمارانی که از بیماری‌های مزمن مسدود کنندهٔ راه‌های هوایی تنفسی رنج می‌برند، با احتیاط مصرف بشود. به غیر از داروی ضد درد، برای از بین بردن اضطراب بیمار، اغلب یک داروی آرامش بخش ملایم مُؤثّر است و دیازپام (۵ میلی گرم خوراکی هر ۸ ساعت یک بار) فراوردهٔ مناسبی است. داروهای ضد انعقاد، به طور معمول مصرف نمی‌شوند، در مورد تأثیر این داروها شک وجود دارد. به هنگام بروز انفارکتوس میوکارد، اگر چه میزان بروز ترومبوز وریدهای عمقی ساق پا افزایش می‌یابد، ولی در مقایسه، میزان بروز آمبولی ریه شایع نیست. اگر لزوم تجویز داروی ضد انعقاد احساس بشود،

مقدار ۱۰۰۰۰ واحد هپارین به طور I.V داده شده، و برای ۳۶ تا ۴۸ ساعت بعد، هر ۶ ساعت یک بار تجدید می‌شود؛ و یا اینکه انفوزیون دائمی داخل وریدی هپارین داده می‌شود که مقدارش به این ترتیب است:

۴۰۰۰۰ واحد هپارین در یک لیتر محلول دکستروز ۵٪ در مدت ۲۴ ساعت تجویز می‌شود. راه دیگر این است که از یک پمپ انفوزیون دائمی داخل وریدی برای دادن هپارین استفاده کرد. همچنان با شروع هپارین، ۳۰ـ۴۰ میلی گرم وارفارین خوراکی داده می‌شود تا ۴۸ ساعت، و بعد با مقدار ۵ میلی‌گرم ادامه می‌یابد. هپارین را می‌توان پس از ۳۶-۴۸ ساعت قطع نمود و مقدار روزانهٔ وارفارین، از طریق اندازه‌گیری زمان پروترومبین تنظیم می‌شود.

به طور معمول، احتمالاً در مراحل اولیه، تجویز اکسیژن سودمند است (گر چه همیشه نمی‌توان بیمار را به راحتی وادار به قبول چنین درمانی نمود) و به خصوص زمانی مورد استفاده دارد که ادم ریه، آریتمی و یا نارسایی گردش خون عمومی وجود داشته باشد.

عوارض

عوارض اصلی انفارکتوس میوکارد که همراه با افزایش احتمال مرگ است، عبارت‌اند از:

۱ـ آریتمی و اختلالات هدایتی.

۲ـ کاهش فشار خون.

۳ـ نارسایی قلبی.

۱ـ آریتمی (بی‌نظمی ضربان قلب) و اختلالات هدایتی

در مراحل اولیهٔ انفارکتوس میوکارد، میزان بروز آریتمی و اختلالات هدایتی، بی‌نهایت بالاست که بعضی از انواع آن ممکن است فوق‌العاده کُشنده باشند. بنابراین اهمیت کنترل مداوم توسط گرفتن نوارقلبی معلوم می‌شود، که ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع انفارکتوس، باید ادامه یابد. این امر در C.C.U، به طور ایده‌آل انجام‌پذیر است. اگر افراد ورزیده و تعلیم دیده نباشند؛ واقعاً این کار بی‌ارزش است.

تاکی‌کاردی سینوسی، منعکس کنندهٔ شدت و عوارض انفارکتوس است و به ندرت محتاج هر گونه درمان به خصوصی است. در صورت وجود برادی‌کاردی گره‌ای یا سینوسی، چنانچه ضربان قلب کمتر از ۵۰ در دقیقه باشد و یا اگر همراه با ضربان اکتوپیک بطنی و کاهش فشارخون و یا نارسایی قلبی باشد، تجویز سولفات آتروپین ضرورت دارد، (۰/۶-۰/۳ میلی گرم تزریق داخل وریدی). در صورت لزوم، مقدار دارو تکرار می‌شود تا زمانی که ضربان قلب در حدود ۷۰ـ۸۰ در دقیقه ثابت بماند.

فیبریلاسیون دهلیزی ممکن است زودگذر باشد و اغلب، خود به خود در طی ساعات کمی پس از حمله به ریتم سینوسی تبدیل می‌شود. زمانی که فیبریلاسیون دهلیزی به طور دائم باشد و به خصوص همراه با ضربان بطنی سریع گردد، تجویز دیگوکسین ضرورت دارد. ابتدا ۰/۵ میلی گرم به طور I.M داده شده و بعد هر ۸ ساعت یک بار، ۰/۲۵ میلی گرم خوراکی تجویز می‌شود. (به شرطی که در چند روز گذشته بیمار دیژیتالین نخورده باشد.) چنانچه جواب مساعد به دارو داده شد و یا شواهدی دال بر مسمومیت با دیگوکسین وجود داشت مقدار دارو به ۰/۲۵ میلی‌گرم خوراکی دو بار در روز یا کمتر تقلیل می‌یابد. شوک قلبی با جریان مستقیم، به ندرت برای حفظ ریتم سینوسی، ضرورت پیدا می‌کند. ممکن است تاکی‌کاردی فوق بطنی، خود به خود تبدیل به ریتم سینوسی بشود؛ ولی از آنجایی که ممکن است این طور نشود، بنابراین برای رفع آریتمی می‌توان طرق زیر را به کار بست:

الف ـ تحریک عصب واگ، از طریق ماساژ سینوس کاروتید.

ب ـ تجویز ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم پراکتولول داخل ورید و به آهستگی.

ج ـ شوک قلبی با دستگاه جریان مستقیم شوک، و همزمان دادن دیازپام برای تسکین بیمار.

اگر چه کوشش برای رفع آریتمی از روش‌های ارجح است؛ ولی راه دیگر، این است که میزان ضربان قلب را توسط تجویز دیگوکسین کاهش داد. (مقدار دارو در بالا ذکر شده است.)

چنانچه ضربان اکتوپیک، همیشه وجود نداشته باشند، امکان دارد از نظر دور بمانند؛ و به هر حال می‌توانند مقدمهٔ بروز یک آریتمی خیلی جدی باشند، اگر:

الف ـ در سیکل قلبی پیشین، موج را قطع کنند.
ب ـ با سرعت دو ضربان یا بیشتر رخ دهند.
ج ـ یک حالت چند کانونی را تشکیل دهند.
د ـ با فرکانس بیشتر از ۵ عدد در دقیقه رخ دهند.

در چنین شرایطی، درمان سوپرسیو، مورد استفاده دارد و ۵۰-۱۰۰ میلی گرم لیگنوکائین از راه ورید باید داده شود و اگر لازم باشد دوباره تکرار گردد. چنانچه تزریق اولیهٔ داخل وریدی مُؤثر بود، بعداً لیگنوکائین از طریق انفوزیون داده می‌شود. به این ترتیب، محلول ۰/۲ درصد لیگنوکائین با سرعت ۱۰ـ۱۵ قطره در دقیقه. اگر لیگنوکائین مُؤثر نبود، یک دوز اولیه دیزوپیرامید داده می‌شود. (۲ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن بدن و حداکثر ۱۵۰ میلی گرم، تزریق داخل وریدی به آهستگی و در مدت ۵ دقیقه)، که اگر مُؤثر بود، بعد به صورت انفوزیون داده می‌شود که ۲۰ تا ۳۰ میلی گرم در ساعت دیزوپیرامید و حداکثر تا ۸۰۰ میلی گرم روزانه می‌باشد.

پس از هر کدام از این درمان‌ها، توصیه می‌شود که دیزوپیرامید خوراکی هر ۶ ساعت به مقدار ۱۰۰ میلی گرم ادامه یابد. البته زمانی که دیزوپیرامید خوراکی تجویز می‌شود، شروع دارو با مقدار ۳۰۰ میلی گرم ضروری است.

ضربان اکتوپیک دهلیزی، اغلب اهمیت بالینی درخشانی ندارد و به ندرت محتاج نوعی درمان به خصوص است. اگر این ضربان به طور متوالی وجود داشته باشد، ممکن است باعث تسریع در شروع فیبریلاسیون دهلیزی بشود، که در این صورت، تجویز دیگوکسین به مقداری که قبلاً ذکر شد، ضرورت دارد.

تاکی‌کاردی بطنی، کُشنده است و محتاج تصحیح فوری است. روش انتخابی، عبارت است از: تبدیل تاکی‌کاردی به ریتم سینوسی با استفاده از دستگاه جریان مستقیم شوک قلبی و همزمان دادن دیازپام به عنوان مسکن. در ضمن می‌توان ۵۰-۱۰۰ میلی گرم لیگنوکائین به طور I.V و یا دیزوپیرامید (۲/۵ میلی گرم برای هر کیلو وزن بدن و حداکثر ۱۵۰ میلی گرم به آهستگی در مدت ۵ دقیقه در داخل ورید) را تزریق نمود که اثر این دو دارو می‌تواند تا حدی قابل توجیه باشد.

۱ـ بلوک قلبی

اهمیت بلوک کامل قلب، بستگی زیادی به مکان انفارکتوس دارد. اگر بلوک کامل قلب به عنوان عارضهٔ انفارکتوس تحتانی رخ دهد، احتمال بروز مرگ کمی بیشتر است، تا اینکه انفارکتوس تحتانی بدون بلوک قلبی باشد. اختلال هدایتی، اغلب موقتی است و تا زمانی که ریتم سینوسی خود به خود به وجود آید، تنها کاری که باید کرد این است که دقیقاً مراقب اوضاع بود.

در موارد زیر، باید سریعاً اقدامات لازم را انجام داد:

۱ـ کم شدن ضربان قلب به طور غیر منتظره و گاهی قطع ضربان.

۲ـ اضافه شدن نارسایی احتقانی قلب.

۳ـ کاهش شدید و وخیم بازده قلبی.

در صورت بروز موارد فوق، که ممکن است منجر به ضربان اکتوپیک بشود، استفاده از (ضربان‌ساز Pace Maker)، یک روش خیلی مُؤثّر است. البته بهتر است قبلاً از انفوزیون ایزوپرونالین استفاده کرد. ۴ میلی گرم در یک لیتر دکستروز ۵٪ و با اندازه‌گیری مقدار دارو تا جواب مناسب بیمار به دارو، که ایزوپرونالین باعث می‌شود تعداد ضربان بطنی تا ۶۰ در دقیقه بالا رفته و بازده قلبی در میزان مناسبی ثابت بماند. در بلوک درجه یک یا دو قلبی، چنانچه همراه با انفارکتوس تحتانی باشد، به ندرت درمان قاطعی لازم است و معمولاً، خود به خود به ریتم سینوسی تبدیل می‌گردد.

بلوک قلبی همراه با انفارکتوس قدامی، معمولاً نشان دهندهٔ ضایعهٔ پیشرفتهٔ میوکارد است و منجر به یک مسئلهٔ خیلی جدی‌تر می‌گردد. در این حالت، ایزوپرونالین نسبتاً اثری ندارد و چنانچه بازده قلبی به طور مُؤثّر احیا نشود و یا حملات استوکس‌آدامس رخ بدهند، استفاده از Pace Maker، ضروری است.

۲ـ کاهش فشارخون

پس از انفارکتوس میوکارد، به دنبال تجویز داروهای مسکن و یا ضد درد، یا در اثر عوارض درمان با داروی اختصاصی مانند لیگنوکائین یا بتابلوکر، کاهش فشار خون به

طور موقت همراه با اختلال هدایتی یا اختلال ریتم قلب، ممکن است ظاهر شود.

چنانچه پس از درمان و رفع علائم غیرعادی و ناگهانی، باز هم فشار خون پایین بماند، معمولاً نشان دهندهٔ یک پیش‌آگهی ضعیف است و تأکید بر وجود ضایعهٔ میوکارد به طور جدی دارد. علی‌رغم تمام تدابیر درمانی، در صد مرگ بر اثر این عارضه زیاد است. بیمار را باید دیژیتالیزه نمود، پاها روی تخت باید بالا نگه داشته شوند و اکسیژن با غلظت زیاد داده شود. هیدروکورتیزون داخل وریدی معمولاً اثری ندارد و داروهای منقبض کنندهٔ عروق غیرمعمول می‌باشند.

۳ـ نارسایی قلب

معمولاً به دنبال یک انفارکتوس میوکارد، نارسایی متوسط بطن چپ اتفاق می‌افتد و چنانچه شواهد بالینی کمی در مورد این نارسایی وجود داشته باشد و یا اصلاً نباشد می‌توان از یک دستگاه رادیوگرافی قابل حمل، برای پی بردن به نارسایی، استفاده کرد. تشخیص این نارسایی مهم است، زیرا همراه با کاهش فشار اکسیژن شریانی به طور مشخص است.

اگر حتی نسبت به وجود نارسایی بطن چپ شکی وجود دارد؛ باید درمان را شروع کرد که به این ترتیب است: دادن اکسیژن با غلظت زیاد و یک دی اوتریک مانند لازیکس به مقدار ۴۰ـ۸۰ میلی گرم روزانه و یا بومتانید به مقدار ۱ میلی گرم روزانه، همراه با مصرف پتاسیم.

ترومبو آمبولی

ترومبوز ورید عمقی پا، به عنوان یک عارضهٔ شناخته شدهٔ انفارکتوس میوکارد است و در ضمن امکان دارد که ترومبوز در محلی که آندوکارد روی قسمت عضلانی نکروز شدهٔ قلب را می‌پوشاند، به وجود آید.

یادآوری و خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ تشخیص انفارکتوس میوکارد، در درجهٔ اول کاملاً متکی بر شرح حال بیمار است و همچنین توجه زیاد به چگونگی انتشار درد، حساسیت در مورد درد، و محل و نوع درد در

قفسهٔ سینه. به هر حال، امکان دارد انفارکتوس بدون درد باشد (به خصوص در افراد مسن) و یا به علت وجود نارسایی حاد بطن چپ و علائم آن، درد قفسهٔ سینه از نظر دور بماند.

۲ـ یافته‌های فیزیکی و علائم بالینی چندان رایج نیستند، و چنانچه (مالش پریکارد Pericardial Friction) به طور موقت و یا ریتم گالوپ وجود داشته باشد، دلیلی قاطع و با ارزش در تأیید انفارکتوس است.

۳ـ E.C.G معمولاً طبیعی نیست، ولی در ضمن امکان دارد پس از چند روز، نکات غیرطبیعی آن آشکار بشوند.

۴ـ اندازه‌گیری مقدار آنزیم‌های سرم، زمانی کمک می‌کند که به خصوص نکات غیرطبیعی در E.C.G ناچیز بوده و یا از نظر تفسیر کردن بیماری مشکل باشند.

۵ـ تسکین درد ضروری است و دیامرفین داروی انتخابی می‌باشد.

۶ـ زمانی که بیمار با احتمال انفارکتوس میوکارد به بیمارستان منتقل می‌شود، بهترین کار این است که بدون تأخیر در بخش C.C.U بستری گردد.

۷ـ نسبت به عوارض بیماری حتماً باید اقدامات لازم را به عمل آورد.

اکستراسیستول

غالباً اشخاص مختلف در سنین مختلف و حتی جوانی شکایت از تپش قلب دارند که ضربان‌های اضافی قلب باعث نگرانی خاطرشان گردیده است.

ضربان قلب چگونه ایجاد می‌شود؟

باید گفت که هر تپش یا ضربان قلب دارای ۲ صداست که اولین صدا خیلی قوی‌تر از دومی است و صدای سیستولی نامیده می‌شود. این صدا به علت انقباض عضلهٔ بطن قلب است که با این ضربه و انقباض، خون را وارد شریان‌ها و مویرگ‌ها می‌سازد.

صدای دوم که نسبت به صدای اول ضعیف‌تر است، به نام صدای دیاستولی نامیده می‌شود که به علت انقباض دهلیزهای قلب بوده و موجب کشیدن خون و برگشت خون به قلب است. این دو، صدای طبیعی و منظم قلب هستند.

باید گفت که این انقباضات مستقیماً تحت تأثیر و فرمان سلسلهٔ اعصاب است. گاهی به علت تحریک‌های عصبی و ناراحتی‌های روحی یا بیماری دستگاه گوارش یک انقباض اضافی بطن به وجود می‌آید. این انقباض که خارج از ریتم و نظم ضربان قلب است، اکستراسیستول نامیده می‌شود.

اوریون

بیماری مُسری اجتماعات، مدارس، سربازخانه‌ها، کانون‌های پُرجمعیت

اوریون که امروز تقریباً همه آن را می‌شناسند، یکی از بیماری‌هایی است که به‌اندازهٔ عمر بشر قدمت دارد؛ حتی از زمان «سقراط» این بیماری مورد توجه بوده است و به نام غده یا تومور گوش‌ها نامیده می‌شده است. این بیماری عفونی و مسری است و به طور فراگیر مشاهده می‌شود. اثر فعالیت ویروس در غدد بُزاق، لوزالمعده، بیضه و دستگاه عصب است، ولی اختلال بیشتر در غدد بناگوش دیده می‌شود؛ بدین سبب آن را اوریون نامیده‌اند. این بیماری از پنج قرن قبل از میلاد مسیح شناخته شده ولی در قرن هجدهم «آمبرواز پاره»، مُسری بودن بیماری را تشخیص داد و اواخر قرن نوزدهم عُلما دریافتند که میکروب متوجه دستگاه عصبی نیز می‌شود.

میکروب بیماری

ویروس فیلتران است که در بزاق وجود دارد و می‌توان آن را در سلول‌های جنین جوجه کِشت داد. حتی به نظر می‌آید در بُزاق بیمارانی که ورم بیضه دارند موجود باشد. ویروس به وسیلهٔ قطرات بُزاق انتشار می‌یابد. به نظر «فیلیبر» میکروب از راه (التهاب ملتحمه Conjonctive) به مراکز اعصاب می‌رود و در آنجا ضایعه نمایان و یا تا مدتی تولید می‌شود و از راه اعصاب به غدد بناگوش می‌آید و تولید اوریون می‌کند.

طرز سرایت

سرایت همیشه مستقیم از بیمار به انسان سالم انجام می‌گیرد و عموماً در بین اجتماعات بروز می‌کند. چند روز قبل از تورم غدد بناگوش بیمار احساس سرماخوردگی و لرز می‌کند. بیماری مُسری است و احتمالاً سرایت در تمام دوران بیماری و نقاهت ادامه خواهد داشت. بیماری در دوران طفولیت (از دو سال به بالا) بیشتر دیده می‌شود، ولی از

دو سال به پایین و یا دوران پیری هم دیده شده است و زن و مرد به تساوی مبتلا می‌شوند. (شاید پسران بیشتر مبتلا می‌شوند.) بیماری بیشتر در فصل زمستان و بهار مشاهده می‌گردد ولی در سایر فصول هم دیده شده است. چون ویروس بیشتر در روی غدد بُزاق جایگزین می‌شود لذا بعداً به شرح آن می‌پردازیم و سپس راجع به تمرکز میکروب در نقاط دیگر بحث خواهیم نمود.

۱ـ تورم غدد بناگوش

دورهٔ نهفتگی بیماری بین ۱۸ الی ۲۲ روز است. دورهٔ حمله ۱۲ـ۳۶ ساعت و خیلی ضعیف است. گاهی تب مختصر که همراه با خون دماغ و گوش درد و آنژین قرمز و استفراغ و خستگی است، بروز می‌نماید. به ندرت شروع بیماری با تب ۴۰ـ۴۱ درجه و سردرد و هذیان و تشنج اعلام می‌شود، ولی علامت عمدهٔ شروع بیماری تورم دردناک ناحیهٔ غدد پاروتید (بناگوشی) است.

درد، در اطفال خفیف و در سالمندان شدید است و در جلو گوش خارجی حس می‌شود که گاهی به طرف گوش و گردن انتشار می‌یابد. گاهی مانع عمل جویدن می‌گردد و با (تریسموس Trismus) همراه است و در لمس درد شدت دارد و در سه ناحیهٔ مفصل و پشت آروارهٔ زیر و ناحیهٔ تحت فک آشکارتر است و مخصوصاً وقتی که ورم زیاد نباشد کمک به تشخیص می‌نماید.

ورم با تب ظاهر می‌شود و از جلو گوش خارجی شروع شده، تمام غده را می‌گیرد. در لمس مقاومت خمیری و لاستیکی حس می‌شود. پوست این قسمت طبیعی ولی برّاق است. برحسب شدت یا ضعف بیماری ورم زیاد و یا کم است و باعث تغییر قیافهٔ بیمار می‌شود. معمولاً از ۱۲ ساعت الی ۳ـ۴ روز بعد غدهٔ پاروتید طرف دیگر هم متورم می‌شود و لذا بیماری همیشه دو طرفی است. البته ممکن است که تورم مختص به یک طرف باشد.

گاهی غدد تحت فک و زیر زبان و کیسهٔ اشک هم متورم می‌شود، تورم اولیهٔ این غدد بدون تورم پاروتید نادر است و فقط فراگیری بیماری به تشخیص کمک خواهد نمود. در

امتحان دهان سوراخ مجرای Stemo قدری برآمده و قرمز است. به ندرت مخاط دهان و لوزه‌ها قرمزی و ورم دارد.

تب در حدود ۳۸ درجه و گاهی ممکن است به ۳۹ درجه و بیشتر هم برسد. دوران تب ۲ تا ۶ روز است و بعد قطع می‌گردد. وقتی که غدهٔ طرف دیگر تورم پیدا کرد، تب مجدداً ظاهر می‌شود، ولی به شدت اول نیست. معمولاً نبض کُند و فشارخون پایین است. بی‌اشتهایی و گاهی خون دماغ وجود دارد. در امتحان خون تعداد گلبول‌های سفید زیاد شده است و فرمول گلبول سفید خون، اضافه شدن تعداد لنفوسیت و مونوسیت‌ها را نشان می‌دهد. گاه ممکن است موقتاً تعداد گلبول‌های سفید کم بشود. مقدار قند خون کمی اضافه می‌شود.

اغلب رفلکس مثبت است و مردمک چشم نامساوی و یا گشاد شده است و به نظر می‌رسد که این اختلالات معرّف تورم مننژیت باشد، بدون اینکه علائم بالینی مشاهده گردد. در این صورت مایع نخاع شفاف و فشار آن بالاست. سی سانتی تا یک گرم و نیم آلبومین و مقدار ۱۵ـ۶۰ لنفوسیت دارد. از روز هشتم بیماری این علائم به تدریج کم شده و از بین می‌رود.

نظریات راجع به این تغییرات مایع نخاع متفاوت است. بعضی از عُلما آن را زیاد مشاهده کرده‌اند و برخی به ندرت. دوران بیماری در شکل عادی ۸ تا ۱۰ روز است و معمولاً بدون عارضهٔ موضعی ختم می‌شود. رجعت بیماری نادر است که ۱۰ تا ۳۰ روز پس از قطع تب ممکن است، دیده شود، بیماری تولید مصونیت دائمی می‌نماید ولی به طور خیلی استثنا ممکن است فرد مجدداً مبتلا شود.

اشکال بالینی

شکل خفیف مخصوصاً در اطفال دیده می‌شود. تورم مختصر غدد در امتحان جلب نظر نمی‌کند. علائم عمومی ندارد و تب کم است و در ظرف ۴ـ۵ روز رفع می‌شود. ممکن است در دنبال آن ورم بیضه، دیده شود. عدم توجه باعث سرایت می‌گردد. در شکل ناتمام بیماری، دوران مرض ۲ تا ۳ روز است و شکل طولانی نادر است.

۲ـ ورم بیضه

تقریباً در ۲۳ درصد از بیماران مبتلا به پاروتیدیت (التهاب غدد بناگوشی) دیده می‌شود. در اطفال قبل از بلوغ استثنایی است و بیشتر در ۱۵ تا ۱۷ سالگی مشاهده می‌گردد و مخصوصاً سربازان بدان دچار می‌شوند. معمولاً به دنبال تورم پاروتید یعنی روز ۶ـ۸ بیماری وقتی که تورم غدهٔ بناگوش رو به تخفیف است، بروز می‌نماید و به ندرت از روز ۱۲ تا ۱۵ به بعد.

تورم بیضه ممکن است ۲۴ـ۴۹ ساعت قبل از ورم غدهٔ بناگوش ظاهر شود و گاهی تنها و اولین علامت بیماری (اورکلین Ourclinne) است. درد بیضه ممکن است اولین علامت باشد ولی اغلب بالا رفتن تب جلب نظر می‌کند. گاهی شروع درد خیلی شدید همراه با هذیان، اضطراب، تب ۴۰ درجه، استفراغ و اسهال است. چهرهٔ بیمار مضطرب و رنگ پریده و نبض تند و نامساوی است. سردی و کبودی دست و پا مشاهده می‌شود که با تورم بیضه تخفیف می‌یابد. درد بیضه به مناسبت تورم آن کم و زیاد است و به سمت لمبر و کاردُن انتشار می‌یابد.

در امتحان، پوست بیضه متورم و گاهی رنگ قرمز دارد. در پردهٔ بیضه، مایع وجود دارد و حجم بیضه دو سه برابر است. ممکن است (اپیدیدیم Epididyme) هم ورم داشته باشد. ورم بیضه اغلب یک طرفی است، ولی ممکن است طرف دیگر توأماً و یا با دو، سه روز فاصله مبتلا شود. در این صورت علائم عمومی باز برمی‌گردد ولی به شدت دفعهٔ اول نیست.

آمار نشان می‌دهد یک ششم اوقات ورم بیضه یک طرفی و ۱ تا ۲ درصد دو طرفی است.

گاهی بیماران مبتلا به ناتوانی جنسی می‌شوند، بدون اینکه به ورم بیضه مبتلا باشند که شاید مربوط به مننژیت مراکز اعصاب است. ممکن است پروستات هم متورم شود. این عارضه از روز ششم دیده می‌شود و ۱۰ تا ۱۲ روز طول می‌کشد. بیمار ادرار دردناک و ادرار متناوب دارد. تورم تخمدان نادر است.

۳ـ ورم لوزالمعده

در اطفال نادر است و بیشتر شخص بالغ مبتلا می‌شود. معمولاً روز چهارم تا هفتم التهاب غدد بناگوش ظاهر می‌گردد و گاهی ممکن است به تنهایی بروز کند. تورم خفیف لوزالمعده ممکن است مرض قند تولید نماید و در این صورت علائم مرض قند بین ۱۰ تا ۴۵ روز بعد از تورم پاروتید ظاهر می‌گردد. اغلب به شکل مرض قند توأم با لاغری کُشنده است و یا به شکل مرض قند موقّتی که رفع می‌شود، بروز می‌کند.

۴ـ اثر ویروس اوریون بر مراکز اعصاب

ممکن است ویروس در دستگاه عصبی تولید اختلال بنماید که معمولاً بین روز ۴ تا ۸ ورم پاروتید مشاهده می‌شود. شروع با تب ناگهانی ۴۰ درجه همراه با سردرد و استفراغ است.

علامت (کرنیگ kernig) و خشکی گردن وجود دارد. گاهی مردمک چشم گشاد و یا نامساوی است. گاهی هذیان و فلج اعصاب جمجمه دیده می‌شود. تب دو سه روز ادامه دارد و در ظرف ۱۵ روز بیمار شفا می‌یابد؛ ولی دوران نقاهت طولانی است. مایع نخاع و فشار آن زیاد است، ۶۰ سانتی الی یک گرم آلبومین دارد و مقدار کلرور طبیعی است. مقدار قند ۶۰ سانتی الی یک گرم و تعداد لنفوسیت زیاد شده است.

عوارض بیماری

۱ـ روماتیسم خیلی نادر است و از روز ۱۵ به بعد دیده می‌شود و یک یا چند مفصل را می‌گیرد. درد تنها علامت آن است. زود بهبود می‌یابد و در رادیوگرافی دیده می‌شود.

۲ـ نفریت (ورم کلیه) و فله‌بیت (التهاب سیاهرگ) نادر است.

تشخیص افتراقی

۱ـ وقتی ورم پاروتید دو طرفی باشد باید در فکر بیماری اوریون بود. ورم یک طرفی معمولاً به دنبال ورم لثّه و یا عفونت‌های ثانوی مجاور مانند کورک و غیره دیده می‌شود و همیشه چرکی است؛ معمولاً در حین حصبه، باد سرخ (بیماری مسری پوستی)، آبله، مخملک و سپتی‌سمی‌ها تورم دو طرفی می‌باشد و تشخیص علت آن آسان است. در

بیماران مبتلا به اورمی، کم خونی و سرطان معده، ورم پاروتید مشاهده می‌شود و علت معلوم نیست. استعمال ید ممکن است ورم پاروتید بدهد که با نزله و اشک‌ریزان همراه است.

اشخاصی که با سرب سر و کار دارند مبتلا به ورم دو طرفی پاروتید می‌شوند که بی‌درد و مزمن است.

۲ـ تشخیص ورم بیضه در نتیجهٔ سوزاک و حصبه و آبله و یا ضربه آسان است.

۳ـ ورم لوزالمعده با آپاندیست و یا سوراخ شدن معده و زخم آن اشـتباه مـی‌شود. در اینجا نبض بسیار کُند است، محل درد مشخص و انقباض عضلات موضعی است و سایر عضلات شکم منقبض نیست.

۴ـ در مننژیت سلی مقدار کلرور مایع نخاع کم شده است و مقدار آلبومین بیشتر از تعداد سلول‌هاست. در مننژیت سیفیلیسی امتحان BW و سابقهٔ بیمار به تشخیص کمک می‌نماید.

پیشگیری

مجزّا کردن بیماران به مدت ۱۵ روز لازم است. سرم دوران نقاهت برای جلوگیری از بیماری به کار برده شده ولی اثر آن موقّتی است.

درمان

بیماری اوریون درمان مخصوصی ندارد. بیمار استراحت می‌کند و دهان و بینی او ضد عفونی می‌شود و در صورتی که درد شدید باشد، مرهم و قرص مسکّن تجویز می‌گردد. رژیم غذایی تا قطع تب، شیر و آب‌میوه و سبزی است. یک هفته پس از اتمام تب اجازهٔ حرکت داده می‌شود.

استفاده از بعضی آنتی‌بیوتیک‌ها مفید است و از بروز عوارض جلوگیری می‌نماید. تا اتمام ورم مقدار یک یا دو گرم در ۲۴ ساعت کـافی است. سـرم نـاقهین (دوران نـقاهت) اوریون در ورم بیضه به کار برده می‌شود.

آنژین دوپوارترین یا آنژین صدری

آنژین صدری درد بسیار شدید دارد که به صورت حمله در پشت استخوان استهنوم و ناحیهٔ قلب عارض می‌گردد و در اشکال کامل خود در جهت شانه و بازوی چپ انتشار می‌یابد و با وحشت و اضطراب و احساس مرگ ناگهانی همراه است.

علت

آنژین صدری از سن ۴۰ سالگی به بعد عارض می‌گردد و در حدود سن ۶۰ سالگی از تمام سال‌های دیگر عمر فراوان‌تر است، ولی قبل از سن ۴۰ سالگی هم ممکن است عارض گردد. جنس مرد خیلی بیشتر از جنس زن دچار می‌شود. سابقاً خیال می‌کردند که آنژین صدری در مشاغل دِماغی به خصوص آنهایی که با تأثّرات شدید و زحمت فکری زیاد همراه است فراوان‌تر است، ولی امروزه دیگر این عقیده مورد توجه نیست. به هر حال چنین به نظر می‌رسد که این عارضه در سال‌های اخیر شایع‌تر شده باشد. بعضی از عوامل مانند خستگی و سرما و کار زیاد و تأثّر شدید و به ویژه حرکت در ایجاد آنژین صدری مُؤثّر است. ولیکن چنین به نظر می‌رسد که علت اصلی آنژین صدری نرسیدن اکسیژن کافی یا آنوکسمی (کاهش شدید اکسیژن) میوکارد باشد. آنوکسمی میوکارد از اسپاسم (انقباض غیرارادی) و اختلال و آزردگی شرایین کرونر حاصل می‌گردد. تحریک شیمیایی و مکانیکی اعصابِ قلب نیز در پاره‌ای موارد مُؤثّر است.

عوامل متعدد در ایجاد آنوکسمی میوکارد و آنژین صدری تأثیر دارد. ما ذیلاً به ذکر مهمترین آنها اکتفا می‌کنیم:

۱ـ کروناریت (التهاب عروق کرونر) اعم از اینکه تصلبی یا سیفیلیسی یا عفونی باشد.

۲ـ ترومبوز و آمبولی شرایین کرونر و باید دانست که انفارکتوس میوکارد یکی از علل بزرگ آنژین صدری است.

۳ـ آئورتیت (التهاب آئورت) اعم از اینکه تصلبی یا خصوصاً سیفیلیسی باشد. در اینجا یادآور می‌شویم که در مورد این آئورتیت‌ها مدخل و قسمت ابتدایی شرایین کرونر کم و بیش تنگ‌تر از حال عادی است و حتی گاهی کاملاً مسدود است.

۴ـ نارسایی دریچهٔ آئورت ـ در اینجا از یک طرف میوکارد بطن چپ چون هیپرتروفی (افزایش رشد) پیدا کرده است، احتیاج بیشتری به اکسیژن دارد و از طرف دیگر چون فشار خون دیاستولی پایین است، خون کمتری وارد شرایین کرونر می‌شود. بنابراین عضلهٔ قلب مستعد آنوکسمی است.

۵ـ نارسایی بطن چپ که مثلاً در افزایش فشار خون و بیماری برایت و مانند اینها دیده می‌شود.

۶ـ بعضی از کم خونی‌های شدید.

۷ـ تاکی‌کاردی پاروکسیستیک (حمله‌ای) و بیماری بازدو، که در این مورد به سبب کاهش فعالیت قلب و کوتاه بودن زمان دیاستول، خون کمتری وارد شرایین کرونر می‌شود.

۸ـ نقصان اکسیژن در ارتفاعات زیاد یا در فضاهای محدود و غیره.

۹ـ افراط در کشیدن سیگار. تأثیر سیگار از دو راه است یکی اینکه نیکوتین به عقیدهٔ بعضی، از عوامل اسپاسم شریان‌هاست و دیگر اینکه سیگار مقدار اکسید دوکربن خون را بالا می‌برد و باعث آنوکسمی می‌شود. مع‌هذا تأثیر سیگار در ایجاد آنژین صدری مورد قبول عامه نیست.

بروز حمله معمولاً مصادف است با افزایش غیرعادی کار قلب که مثلاً در اثر حرکت و زحمت و کار دماغی شدید و تأثر و تهییج (امپوسیون) و غیره پیش می‌آید. عفونت‌های عمومی و غذای سنگین نیز همین اثر را دارد. در این موارد ضربات قلب سریع می‌شود و با فشار خون از آنچه هست بالاتر می‌رود. حال ببینیم امپوسیون (هیجان) دردناک از چه راه‌هایی عبور می‌کند:

یک قسمت از این امپوسیون از راه اعصاب قلبی میانی و پایینی به غدد سمپاتیک میانی و زیرین گردن می‌رود. قسمت دیگر امپوسیون از راه شاخه‌های مربوط کننده به اعصاب نخاعی می‌رسد و بعد از راه ریشهٔ خلفی عصب نخاعی و غدد خلفی نخاع داخل نخاع می‌شود.

نکتهٔ مهم آنکه در ناحیهٔ گردن شاخه‌های مربوط کننده وجود ندارد و بنابراین باید امپوسیونی که به غدد سمپاتیک گردن رفته است، از راه رشته‌های سمپاتیک به غدد سمپاتیک پشت برگردد و از راهی که شرح دادیم به نخاع برود. بدیهی است که دانستن این نکات در جراحی آنژین صدری نهایت اهمیت را دارد.

علائم بالینی

سندرم آنژین صدری در اشکال کامل خود شامل سه علامت است:

۱ـ درد شدید در پشت استهنوم و ناحیهٔ قلب که معمولاً به شکل احساس فشردگی و خردشدن و کمتر به شکل احساس بریدگی و چنگ شدن و سنگینی و سوزش و مانند اینهاست.

۲ـ انتشار درد معمولاً در جهت گردن و شانه و بازوی چپ است و گاهی در امتداد عصب کومیتال تا انتهای انگشت‌هاست. مع‌هذا نباید خیال کرد که انتشار درد همیشه بدین منوال باشد و در حقیقت انتشار در جهت اپی‌گاستر و طرف راست سینه و شانه و بازوی راست و پشت هم به نسبت فراوان است. گاهی از اوقات نیز در یکی از این قسمت‌ها مثلاً در شانه یا آرنج یا مچ دست شروع می‌شود و بعد در ناحیهٔ قلب انتشار می‌یابد.

۳ـ احساس وحشت و اضطراب و گاهی احساس مرگ با درد آنژین صدری همراه است؛ ولی باید دانست که این علامت همیشه وجود ندارد.

علاوه بر اینها علائم تحریک سلسله اعصاب سمپاتیک غالباً مشاهده می‌شود؛ از قبیل، پریدگی و برافروختگی رنگ چهره، عرق کردن زیاد، اسهال، برخاستن مو به تن، احساس مور مور و گزگز در اندام‌ها و غیره. امتحان بیمار باید خیلی سطحی و مختصر باشد و معمولاً به گرفتن نبض و گوش کردن قلب و تعیین فشارخون اکتفا می‌کنند.

برخلاف، چیزی که بیشتر از همه اهمیت دارد درمان آنژین صدری است که لازم است به فوریت هر چه تمام‌تر به عمل آید.

طرز پیشرفت آنژین صدری

آنژین صدری در اشکال خاص خود بیشتر از چند ثانیه طول نمی‌کشد. یعنی همین که بیمار بی‌حرکت شد، آرام می‌گیرد. مع‌هذا در بعضی موارد مثلاً در نارسایی بطن چپ و

به خصوص در انفارکتوس میوکارد درد ممکن است بسیار طولانی باشد، چنانکه گاهی چند ساعت و حتی چند روز ادامه دارد. نکته‌ای که در عمل فوق‌العاده اهمیت دارد موضوع بازگشت آنژین صدری است. باید همیشه به خاطر داشت که آنژین صدری معمولاً باز می‌گردد و خیلی به ندرت دیده شده است، که فقط یک بار عارض شده باشد. فاصلهٔ حملات برحسب موارد فرق می‌کند. آنژین صدری گاهی دیر به دیر پیش می‌آید و گاهی به فواصل نزدیک و در بعضی از موارد مانند اشکال خطرناک انفارکتوس میوکارد، حملات آنژین صدری تقریباً متوالی است. بدیهی است هر قدر حملات آنژین صدری به هم نزدیک‌تر باشند، پیش‌آگهی عارضه وخیم‌تر خواهد بود. به علاوه این نکته را نیز نباید فراموش کرد که آنژین صدری هر قدر هم در ظاهر خفیف باشد، باز خطرناک است. چون همیشه امکان این هست که ناگهان منتهی به مرگ شود.

اَشکال بالینی

آنژین صدری صورت‌های متعدد و گوناگون دارد و به طور کل در بیمارانی که از ۳۵ سال بیشتر دارند، وجود درد در ناحیهٔ قلب باید مشکوک تلقی بشود و مادام که یقین حاصل نشده است که آنژین صدری در کار نیست، نباید به تشخیص‌های ساده اکتفا نمود. در بعضی موارد، درد آنژین صدری خفیف است و یا صفات مخصوص خود را که مهمترین آنها احساس فشردگی و خرد شدن قلب و سینه است، ندارد و مثلاً به شکل احساس سوزش، مالش، سنگینی و مانند اینهاست. در بعضی موارد دیگر انتشار درد چنانکه گفته شد در جهت طرف چپ گردن و شانه و بازوی چپ نیست و مثلاً در جهت معده است و ممکن است با نفخ معده و دفع گاز از گلو و علائم دیگر همراه باشد. اهمیّت این شکل از آن است که بیمار و اطرافیان او و غالباً پزشک نیز اصرار دارند این دردها را به اختلال معده و آئروفاژی نسبت دهند. گاهی از اوقات انتشار درد در جهت کبد و کیسهٔ صفراست و به واسطهٔ آن موضوع بیماری‌های این ناحیه پیش می‌آید.

بالأخره درد آنژین صدری ممکن است انتشار نداشته باشد و یا با احساس وحشت و اضطراب و یا با احساس مرگ آنی همراه نباشد. اهمیت این اشکال غیرعادی در این است که پیش‌آگهی آنها همان پیش‌آگهی یک آنژین صدری معمولی است. یعنی این

حالت‌های غیرعادی هم می‌توانند در همان حین حمله یا بعداً منتهی به مرگ شوند. برحسب شرایط بروز حمله، سه شکل بزرگ ذکر می‌کنند:

۱ـ آنژین حرکت ـ که به آن آنژین کرونارین ساده نیز می‌گویند، از تمام اقسام دیگر آنژین صدری فراوان‌تر است. آنژین حرکت هنگام راه رفتن و دویدن و بالا رفتن از پلّکان و به طور کلّی در اثنای حرکت و زحمت بروز می‌کند. سرما و تأثرات روحی و عصبانی شدن و هیجان‌های جنسی نیز در تولید آن مؤثّر است؛ ولی باید دانست که گاهی بروز عارضه کاملاً ناگهانی است و هیچ‌گونه علت و بهانه در مقدمهٔ آن وجود ندارد. علائم آنژین حرکت همان است که در باب علائم بالینی به تفصیل شرح دادیم. نکتهٔ مهم آنکه این آنژین معمولاً خالص است، یعنی؛ با علائم قلبی و اختلال اندام‌های دیگر همراه نیست. دو علت اصلی و عمدهٔ آن یکی آئورتیت و دیگری آماس و اختلال کرونرهاست ولیکن اهمیت این عامل اخیر به مراتب زیادتر است. به علاوه اسپاسم شرایین کرونر هم در ایجاد این آنژین فوق‌العاده تأثیر و دخالت دارد. آزمایش پرتوشناسی و الکتروکاردیوگرافی، لااقل در اشکال کاملاً خالص و در مراحل اول بیماری چیز مهمی نشان نمی‌دهد.

۲ـ آنژین دکومیتوس ـ این شکل بیشتر هنگام خواب یا هنگامی که بیمار دراز کشیده است بروز می‌کند و معمولاً با علائم نارسایی قلب چپ، از قبیل تنگی نفس، حملات آسم قلبی، خیز حاد ریه، تاکی‌کاردی، صدای گالوپ و سوفل نارسایی عملی دریچهٔ میترال و غیره همراه است.

۳ـ آنژین انفارکتوس میوکارد ـ که آن را آنژین کرونارین تبخیر هم می‌گویند، نتیجهٔ انسداد یکی از شاخه‌های شرایین کرونر است. آنژین انفارکتوس میوکارد معمولاً بسیار طولانی است و چند ساعت و حتی گاهی چند روز طول می‌کشد و با علائم دیگر انفارکتوس میوکارد مانند تب و فروتمان میوکارد و سقوط فشار پیشینه و هیپرلکوستیوز و غیره همراه است. الکتروکاردیوگرافی تغییرات مهمی نشان می‌دهد مانند موج پارده و غیره.

امّا باید دانست که هیچ یک از صفاتی که برای این سه شکل ذکر کردیم منحصر به همان شکل نیست. به این معنی که مثلاً آنژین کرونارین ساده به جای آنکه همیشه

هنگام حرکت و زحمت بروز کند، هنگام خواب و راحت بروز می‌کند و یا آنژین نارسایی قلب چپ در حین حرکت عارض می‌گردد و یا آنژین حرکت ممکن است طولانی باشد و آنژین انفارکتوس میوکارد بیش از چند ثانیه طول نکشد و غیره... بنابراین به این طبقه‌بندی‌ها نباید زیاد اهمیت داد و در عمل همین که سندرمی مشکوک به آنژین صدری به نظر آمد باید نهایت دقت و توجه را مبذول داشت تا علت اصلی آن کشف گردد و بیمار تحت مراقبت و درمان مقتضی قرار گیرد.

تشخیص مثبت آنژین صدری مبنی است بر:

الف ـ وجود درد در ناحیهٔ قلب و پشت استهنوم که در اشکال کامل و مشخص در جهت شانه و بازوی چپ انتشار می‌یابد و با احساس وحشت، اضطراب و احساس مرگ آنی همراه است.

ب ـ سن بیمار که معمولاً از سی و پنج و چهل به بالاست.

ج ـ شرایط بروز عارضه چنانکه اگر فی‌المثل مردی پنجاه یا شصت ساله در حین راه رفتن دچار حملهٔ قلبی شود، به یقین می‌توان گفت که حملهٔ او حملهٔ آنژین صدری است.

د ـ وجود علائم بالینی و پرتوشناسی آئورتیت و ضایعات قلبی دیگر که البته مُؤیّد تشخیص آنژین صدری خواهد بود.

هـ ـ وجود بعضی تغییرات در منحنی الکتریکی قلب که دلیل بر تنگی یا انسداد کرونرهاست.

و ـ تأثیر قوی نیترین و نیترتی‌های دیگر، چه اگر این داروها در تسکین دادن دردهای قلبی مُؤثّر باشد، معلوم می‌شود که آنژین صدری در کار است.

تشخیص افتراقی آنژین صدری با عوارضی مطرح می‌گردد که در آن عوارض درد ناحیهٔ قلب مربوط به آنوکسمی میوکارد نیست و علت دیگری دارد. این قبیل عوارض خیلی زیاد است و ما در اینجا به ذکر بعضی از مهمترین و شایع‌ترین آنها قناعت می‌کنیم:

۱ـ درد پریکاردیت اعم از اینکه خشک یا ترشحی باشد.

۲ـ درد مدیاستینیت و تومورهای مدیاستن (میان سینه).

۳ـ دردهایی که از کیسهٔ صفرا و معده و جاهای دیگر در ناحیهٔ قلب و جلو سینه انتشار می‌یابد.

در تمام این موارد وجود علائم مخصوص به این بیماری‌ها به تشخیص کمک می‌کند. ولی باید دانست که گاهی آنژین صدری واقعی یعنی آنژینی که نتیجهٔ اسپاسم و تنگ شدن یکی از شعب شرایین کرونر است، در اثنای این بیماری‌ها عارض می‌گردد.

۴ـ نورالژی سینه‌ای ـ درد نورالژی در امتداد مسیر است و دائمی است و در اثر حرکت و سرفه و عطسه و فشار بر عصب خصوصاً در بعضی نقاط معین شدت می‌یابد و با احساس وحشت و اضطراب و همچنین با احساس درد در سینه همراه نیست.

۵ـ درد عضلانی ـ درد عضلانی که بیشتر مربوط به سلولیت عضلانی است، معمولاً پخش است و هنگامی که عضله را منقبض کنند، شدت می‌یابد و به علاوه این درد هیچیک از صفات درد آنژین صدری را ندارد.

۶ـ درد آرتِریت و پری‌آرتِریت شانه ـ همیشه باید این دو عارضه را در نظر داشت و علائم بالینی و پرتوشناسی آنها را جستجو نمود.

۷ـ دردهای جنبی یا پلورودینی ـ گاهی از اوقات بعد از ذات‌الریه و خصوصاً ذات‌الجنب و پلوریت، دردهایی در پردهٔ جنب باقی می‌ماند که هنگام سرفه کردن و تنفس عمیق، یا در حرکت و به سبب سرماخوردگی و غیره شدت می‌یابد. این دردها معمولاً هیچ‌گونه انتشاری ندارد و با احساس وحشت و اضطراب همراه نمی‌گردد و تقریباً همیشگی است.

۸ـ پهلو درد ـ پهلو درد، درد بسیار شدیدی است در ناحیهٔ دنده‌ها که در بعضی از بیماری‌های حاد ریه عارض می‌گردد و با علائم دیگر این بیماری‌ها همراه است.

۹ـ دردهایی که از اختلال ریتم حاصل می‌شود. در بعضی از اختلالات ریتم مانند اکستراسیستول و تاکی‌کاردی پاروکسیستیک و غیره، درد اضطراب‌انگیزی در ناحیهٔ قلب احساس می‌شود که گاهی به شکل آنژین صدری در می‌آید و باید دانست که خود تاکی‌کاردی پاروکسیستیک (حمله‌ای) می‌تواند آنوکسمی میوکارد و آنژین صدری واقعی را به وجود آورد.

۱۰ـ آنژین نوروزیک (عصبی) یا آنژین کاذب ـ آنژین کاذب معمولاً در زنان جوان عصبانی و حساس دیده می‌شود و به نظر می‌رسد که مربوط به اختلال و عدم تعادل سلسلهٔ اعصاب نباتی باشد. اختلال غدد درون‌ریز خصوصاً غدهٔ تیروئید و تخمدان‌ها را نیز

در ایجاد آن مُؤثّر دانسته‌اند. آنژین کاذب از بسیاری جهات شبیه با آنژین حقیقی است. چنانکه گروهی فرق زیادی میان این دو قائل نیستند. آنژین کاذب معمولاً با اختلالات عصبی و روحی گوناگون همراه است. این بیماران به غایت زود رنج‌اند و به اندک بهانه سرخ می‌شوند و رنگ عوض می‌کنند و دائماً در حال تشویش و اضطراب‌اند. البته تشخیص آنژین کاذب در مورد بیماران جوان اشکالی ندارد ولی در مورد زنانی که به مرحلهٔ یائسگی رسیده‌اند بسیار دشوار است. چه در این مرحله ممکن است آنژین حقیقی در کار باشد.

درمان

هنگام حمله باید به فوریت هر چه تمام‌تر درد را تسکین داد و آنوکسمی (کاهش اکسیژن خون) میوکارد را برطرف نمود. تزریق یک سانتی گرم مُرفین و استعمال نیتریت‌ها غالباً کافی است.

محتوی یک آمپول نیتریت دامیل را روی یک دستمال ریخته جلو سینهٔ بیمار نگاه می‌دارند.

محلول یک درصد توی‌نیترین را به مقدار ۲ تا ۸ قطره از راه دهان یا به شکل تزریق تجویز می‌کنند. نیتریت دوسود به مقدار ۱۰ سانتی گرم ۳ تا ۵ دفعه در روز از راه دهان یا تزریق استعمال می‌شود. مسکّن‌های دیگر از قبیل پاپاورین و کلرال و والریان و باربیتوریک‌ها نیز غالباً مفید است.

همین که حمله برطرف شد بیمار باید به استراحت کامل ادامه دهد و تا مدتی از هر گونه کار جسمی و دماغی خودداری نماید. رژیم غذایی باید ساده و فاقد هر گونه مواد محرک به ویژه چای و قهوه و ادویه و سیگار باشد. در فاصلهٔ حمله‌ها باید قبل از هر چیز علت اصلی آنژین را پیدا کرد و به درمان آن پرداخت. متأسّفانه درمان علت در غالب موارد دشوار و یا غیرمقدور است. مثلاً برای کروناریت و آئورتیت (التهاب سیاهرگ قلب) که دو علت عمدهٔ آنژین صدری است درمان مُؤثّری وجود ندارد. بنابراین باید کاری کرد که عارضه عود نکند و بدین منظور باید بیمار را در شرایط بهداشتی مناسب قرار داد.

به طور کلی باید فعالیت جسمی و دماغی بیمار را محدود نمود. تأثّرات و هیجان‌های

روحی و تحریکات جنسی مضر است و بیمار باید از این گونه عوامل برانگیزندهٔ اسپاسم‌های قلبی برکنار باشد.

غالب این بیماران سنگین‌وزن‌اند و بنابراین باید کاری کرد که وزنشان طبیعی شود.

استعمال دخانیات را باید ممنوع نمود. چه سیگار بر اکسیددوکربن خون می‌افزاید و آنوکسمی میوکارد را شدت می‌دهد و به علاوه سرعت ضربان قلب را زیاد می‌کند. قهوه، چای پُر رنگ و الکل نیز مضر است و باید ممنوع باشد.

الکل را پزشکان امریکایی به شکل ویسکی یا کنیاک تجویز می‌کنند و معتقدند که الکل در تسکین درد و بهبود حال بیمار حسن اثر دارد.

از داروهایی که کم و بیش مفید واقع می‌شود و شاید از بازگشت حملات جلوگیری می‌کند، یک دسته داروهای مسکن اعصاب و دستهٔ دیگر داروهای گشادکنندهٔ رگ‌هاست.

داروهای مسکن اعصاب برای تسکین ناراحتی و افزودن ساعات خواب و کم کردن حساسیت و عصبانیت بیمار است. بدین منظور برمورها و والریان و باربیتوریک‌ها را توأم یا به طور متناوب به کار می‌برند. داروهای متّسع کنندهٔ رگ‌ها برای گشاد کردن شرایین کرونر است تا مگر از آنوکسمی میوکارد جلوگیری شود. نیتریت‌ها چنانکه در پیش گفتیم، بسیار مفیدند، ولی متأسفانه اثر آنها موقتی است؛ به همین جهت آنها را بیشتر هنگام بروز حمله یا وقتی که احتمال بروز حمله هست، به کار می‌برند. ید و یدورها و آستیل کولین و آمینوفیلین و مشتقات دیگر گزانتین غالباً مفید واقع می‌گردند ولیکن تأثیر آنها ثابت نیست.

بدیهی است وقتی که نارسایی عمل قلب هم در کار باشد باید در عین حال به درمان آن پرداخت، ولی باید متذکر بود که بسیاری از پزشکان از تجویز دیژیتال در حین حمله خودداری می‌کنند.

آمنوره (فقدان قاعدگی)

آمنوره بر دو قسم است؛ طبیعی و مرضی.

اول ـ آمنورهٔ طبیعی یا فیزیولوژیک ـ در موارد زیر قاعدگی به طور طبیعی وجود ندارد:

۱ـ دورهٔ کودکی و پیش از بلوغ

۲ـ دورهٔ آبستنی

۳ـ زمان شیر دادن

۴ـ تغییر اقلیم و آب و هوا

۵ـ زمان پیش از یأس که هجده ماه تا دو سال دوام دارد.

دوم ـ آمنورهٔ مرضی که مربوط به یکی از چهار سبب زیر است:

الف ـ سبب‌های همگانی

۱ـ بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده؛ چون، سل، سیفیلیس و مالاریا.

۲ـ تب‌های گندزا؛ چون، حصبه، آبله و مخملک

۳ـ بیماری‌های قلب

۴ـ بیماری‌های گروه خون، بیماری برایت

۵ـ زهرآگینی‌ها؛ چون، اعتیاد به الکل، مرفین، کوکائین

۶ـ بیماری‌های خون؛ چون، کلروز، لوسمی یا کم‌خونی

۷ـ سرماخوردگی

ب ـ سبب‌های موضعی

۱ـ ناهنجاری اندام‌های آمیزشی چون سوراخ نبودن پردهٔ بکارت، نداشتن و یا کوچک

ماندن زهدان و تخمدان.
۲ـ فساد بافت زهدان بر اثر آماس کهنه
۳ـ بیرون آوردن زهدان یا هر دو تخمدان
۴ـ تراش سخت زهدان
۵ ـ فساد تخمدان‌ها از پی استحالهٔ کیسه‌ای سیفیلیس، سل یا عدم کفایت آنها.

ج ـ سبب‌های عصبی

بیشتر به طور موقت و گاه به طور همیشگی قاعدگی را بند می‌آورد و مهمتر از همه ترس شدید، اندوه بسیار و افکار پریشان است.
بعضی بیماری‌های دستگاه عصبی، چون هیستری و صرع ممکن است سبب فقدان قاعدگی شود.
آبستنی خیالی ـ این قسم آبستنی بیشتر نزد زنان سالمند و بر اثر تلقین به نفس پیش می‌آید.

د ـ سبب‌های مربوط به غده‌های ترشح کنندهٔ درونی

اختلال در کار یکی از سه غدهٔ درونی زیر موجب بند آمدن قاعدگی است.
۱ـ کاهش ترشح غدهٔ هیپوفیز که انفانتیلیسم (کودک‌ماندگی) به دنبال آورده و سبب فربهی از کمر به پایین می‌گردد و آن را سندرم دورویلیش گویند.
۲ـ گاهی ترشح درونی تخمدان یک نوع فربهی همگانی می‌دهد. دخترانی که تخمدانشان خوب کار نمی‌کند، اغلب فربه می‌شوند و در آنها قاعدگی کم شده یا بند می‌آید.
سوم ـ افزایش یا کاهش ترشح غدهٔ درونی
ترشح این غده چون کاهش یابد، تولید میکسدم، فربهی، خشکی مو، بزرگی دست‌ها و خیز در چهره و بینی می‌کند و اگر غده بزرگ شود، تپش قلب، تندی نبض، بند آمدن قاعدگی و گاهی افزایش آن را سبب می‌شود.

نشانه‌های آمنوره ـ برحسب آنکه آمنوره اصلی یا ثانوی باشد، نشانه‌ها متفاوت است. در آمنورهٔ اصلی زن اصولاً قاعده نمی‌شود. علت این امر ناهنجاری اندام‌های آمیزشی یا انفانتیلیسم یا درآوردن تخمدان‌ها پیش از بلوغ است (این عمل را اخته کردن گویند). اگر علت آن سوراخ نبودن پردهٔ بکارت باشد بیمار از درد زیر شکم می‌نالد. به علاوه نشانه‌های تجمّع خون را در پس این پرده می‌توان یافت.

اگر سبب، کوچک بودن اندام‌های آمیزشی یا ناهنجاری‌های دیگر باشد، نشانه‌های زیادی وجود دارد و ممکن است این عوارض در رشد تن تأثیر شدیدی نکند و نمو همگانی بدن به طور طبیعی پیش رفته باشد.

اگر سبب آمنوره در آوردن تخمدان پیش از بلوغ باشد، نشانه‌های زیر مشهود می‌شود:

۱ـ اندام‌های بیرونی آمیزشی و پستان‌ها نمو طبیعی ندارند.

۲ـ ترشح پارهٔ پیشین هیپوفیز افزون می‌گردد که نتیجهٔ آن بلندی قامت و درازی دست و پاست. گاهی فربهی موضعی بوده، ناحیهٔ شرمگاه، ران‌ها، سرین، پستان‌ها و پلکِ چشم را چربی فرا می‌گیرد؛ به عکس گاهی بیمار بسیار لاغر می‌گردد.

۳ـ مو کم می‌روید.

۴ـ زن به مردان همانند می‌شود.

۵ـ تغییرات زمان بلوغ آشکار نشده و قاعدگی پدید نمی‌آید.

آمنورهٔ ثانوی ـ در اینجا پس از آنکه مدتی زن قاعده شد، به این عارضه دچار می‌شود و این موقتی است یا دائمی. هرگاه علت آمنوره، بیماری‌های همگانی یا گندزا باشد، نشانه‌های همگانی چندان شدید نیست و اگر خوب کار نکردن تخمدان و یا اختلال در ترشحات درونی سبب آن باشد، نشانه‌های عصبی هم اضافه می‌گردد.

گاهی فقدان قاعدگی بر اثر بیرون‌آوردن تخمدان‌هاست که اختلال‌های زیر را به وجود می‌آورد.

۱ـ کوچک شدن اندام‌های آمیزشی که چون سالخوردگان به تحلیل می‌رود.

۲ـ آمنوره

۳ـ روییدن مو بر چانه و پشت لب.

۴ـ گرم و سرد شدن بدن و سرخی چهره، گاهی روی سینه هم لکه‌های سرخ بیرون می‌آید.
۵ـ زیاد عرق کردن.
۶ـ اختلال‌های روانی چون مالیخولیا، پیدایش حس بدبینی و بالأخره دیوانگی.

تشخیص

معمولاً آسان است و نزد دختران سازمان اندام‌های آمیزشی و پردهٔ بکارت را بایستی به دقت آزمود. در زنان اول چیزی که جلب نظر می‌کند، آبستنی است که با آزمایش بیمار و پرسش از پیشینهٔ وی تشخیص روشن می‌شود. آبستنی خیالی را باید تشخیص داد و این بیشتر نزد زنان سالمند است که هیچ بچه نیاورده‌اند. ممکن است آمنوره در نتیجهٔ بیماری‌های گندزا یا بیماری‌های اندام‌های درون لگن یا درآوردن تخمدان‌ها باشد. پرسش از پیشینهٔ بیمار و جستجوی اندام معیوب و بروز نابسامانی‌های عصبی، تشخیص را آسان می‌کند.

درمان

اگر سبب آمنوره، بیماری‌های همگانی یا موضعی یا عدم تغذیهٔ کافی باشد، درمان سهل بوده و کافی است که به درمان علت پرداخته شود تا پس از بهبود قاعدگی برقرار گردد.

امّا اگر سبب در دستگاه آمیزشی باشد، درمان قدری مشکل‌تر و مستلزم دقت بیشتری خواهد بود. نزد دختران بایستی دستور زندگی در هوای آزاد، استفاده از آفتاب گرفتن، حمام و ورزش را داد. علاوه بر اینها باید درمان را با تجویز عصارهٔ غده‌های درونی (هورمون) تکمیل کرد که در اغلب بیماران نتیجه می‌دهد.

اگر در آوردن تخمدان‌ها و یا فساد آنها سبب آمنوره باشد، درمان با عصارهٔ تخمدان بسیار نیکو است، به ویژه اگر این عصاره را با عصارهٔ تیروئید همراه کنیم. تزریق هورمون‌های زنانهٔ پروژینون و پرولوتون با ترتیب معینی سود بسیار می‌بخشد.

نزد دخترانی که فقدان قاعدگی سبب آشکاری ندارد و اختلال همگانی و موضعی

پدیدار نیست، دستور زناشویی بسیار بجاست و پس از آن اغلب قاعدگی باز می‌شود. زنانی که به فقدان قاعدگی دچارند، نازا و سترون‌اند. مقدار هورمون جسم زرد را که از راه ادرار چنین بیمارانی دفع می‌شود، می‌توان آزمود و در صورت یافتن این هورمون ادرار را سترون کرده، به بیمار تزریق کرد تا نقصان هورمون جسم زرد در خون جبران گردد.

از آنجایی که درمان فقدان قاعدگی با عصارهٔ تخمدان و هورمون‌های دیگر مستلزم هزینهٔ گزاف و اغلب جز ایجاد قاعدگی موقت نتیجه نمی‌گیریم، بهتر است در آنان که قاعده نمی‌شوند و به اختلالات شدیدی دچار نشده و از همه بالاتر میل زیادی به داشتن فرزند ندارند، از تزریق هورمون خودداری نموده و به آنان فهماند که با وجود قاعده نشدن کاملاً سالم و بی‌عیب‌اند و احتیاج به درمان ندارند. در آنان که مبتلا به آمنوره هستند و علاقهٔ زیادی به داشتن فرزند دارند، بهتر است ابتدا به وسیلهٔ بافت‌برداری، مخاط زهدان را آزمایش نمود. چنانچه نشانه‌های مخاط پیش آبستنی دیده شد، معین می‌شود که تخمک‌گذاری وجود دارد و در این صورت خونریزی به وسیلهٔ تزریق مواد هورمونی ضرورت ندارد. چرا که تخمک‌گذاری بدون وجود قاعدگی انجام می‌گیرد و در این صورت آبستن‌شدن احتیاج به تولید قاعدگی ندارد. زیرا همان طور که قاعدگی بدون تخمک‌گذاری ممکن است، تخمک‌گذاری‌های بدون پیدایش قاعدگی شگفتی ندارد. هرگاه مخاط زهدان در حال تحلیل و یا برعکس التهاب دیده شود می‌توان گفت که تخمک‌گذاری وجود نداشته و تحریک آن لازم است.

در آزمون‌هایی که بر جانوران شده است، تزریق سِرُم مادیان، تولید تخمک‌گذاری نموده است و این درمان با مراعات احتیاط‌های لازم در انسان نیز سودمند واقع می‌گردد. طرز دیگر تحریک تخمک‌گذاری به وسیلهٔ پرتوافکنی روی هیپوفیز و تخمدان است که البته به دست کارشناس باید انجام گیرد.

آنوری (بند آمدن ادرار) در اطفال

علل و درمان آنوری‌های کودک

آنوری (یا شاش بند) در کودک و شیرخوار، تقریباً همانند بالغین است، ولی علل عروقی در اینجا شایع‌تر می‌باشد.

۱ـ آنوری‌های مکانیک

در اثر سنگ فشار حالب (تومور ویلیمس) درمان با سولفامیدها که در اینجا تنها عامل مکانیکی تمام عارضه را توجیه می‌نماید.

۲ـ آنوری‌های ترشحی

ممکن است در نتیجهٔ گلومرولوپاپت‌های حاد باشند. مانند گلومرولونفریت حاد، سندرم نفرزی اولیه، آزردگی‌های کلیه ناشی از پورپورای آلرژیک یا لوپوس اریتماتو. در اکثر این موارد پیش آگهی آنوری خطیر است.

ممکن است در اثر نکروز حاد لوله‌های ادراری باشد که عده‌ای از لحاظ تشریحی آن را به سه دسته تقسیم می‌نمایند: گسیختگی لوله‌های ادراری، نکروز وسیع و عمومی لولهٔ ابتدایی و گسیختگی لوله توأم با رسوب رنگدانه. در اینجا با وجود احتمال بروز آثاری مانند دیابت بی‌مزهٔ مقاوم به پترسین و حتی سندرم تونی دبره ـ فانکونی موقتی، پیش‌آگهی کاملاً رضایت‌بخش است.

بالأخره آنوری ممکن است نتیجهٔ بیماری‌های کلیه با منشأ عروقی باشد. مانند ترومبوز گلومرولی حاد، به خصوص در جریان سپتی‌سمی (سمیت خون) و مخصوصاً ترومبوزهای ورید کلیوی که نسبت به ناهنجاری‌های وریدی شیرخوار، اولیه یا ثانوی هستند. نکروز قرینهٔ بخشِ قشری هر دو کلیه که ممکن است در هر سنی مشاهده شود.

علل زیر ممکن است سبب آنوری کودک گردند. پری‌آرتریت گره‌ای، سندرم گاسر توأم با پورپورای ترومبوپتیک، کم خونی همولیتیک، نکروز قرینهٔ قشر کلیه و بالأخره سندرم موسکووتیز با پورپورای ترومبوپتیک.

علل پیش گفته عوامل اساسی آنوری کودک هستند، با این حال باید خاطر نشان ساخت که در شیرخوار علت اصلی آنوری، نودوتوکسیکوز است. ولی در هیچ مورد این مبحث وارد نمی‌شود زیرا تنها با کاستن کولاپسوس، آنوری نیز سیر قهقرایی می‌یابد.

درمان

برای درمان نباید از پرفوزیون فراوان سرم گلوکزه و برداشتن کپسول کلیه استفاده کرد و همچنین از استعمال وسایل پالایش خارج کلیوی باید اجتناب نمود.

مراقبت بالینی و زیستی و الکتروکاردیوگرافی روزانه از بیمار لازم است و همراه با آن درمان‌های زیر را انجام می‌دهند:

ـ بسته به علت، درمان سببی لازم است.

ـ درمان متابولیکی ـ در مرحلهٔ آنوری باید کالری به مقدار کافی به بدن برسد. میزان مایعات کاهش یابد و الکترولیت‌ها به مقداری که مانع از کاهش شدید دمای بدن می‌شوند، تجویز شود.

ـ پالایش خارج کلیوی برحسب علت فرق نمی‌کند، ولی کلیهٔ مصنوعی برای کودک خردسال خطرناک است.

ـ هنگام برقرار شدن دیورز، درمان بی‌نهایت مشکل خواهد شد. مقدار زیادی کالری باید وارد بدن شود. ورود آب و الکترولیت‌ها را باید روی نمودار روزانهٔ مواد دفع شده و الکترولیت‌ها تنظیم نمود. به طور کلی درمان شبیه درمان آنوری بالغین است.

اگزمای اطفال

اگزما یکی از بغرنج‌ترین بیماری‌های جلدی بشر است و با آنکه کتاب‌های زیادی دربارهٔ آن به قلم آمده و مباحثه‌های فراوان در طرز پیدایش آن شده است، هنوز از آن اطلاع کاملی در دست نیست. البته مسلم به نظر می‌رسد که اگزما مرضی مجزّا و واحد نیست. ضایعات آن واکنش پوست را در مقابل عوامل مختلف نشان می‌دهد و این عوامل که برای این فرد موجب کسالتی مزاحم که اگزما باشد گشته، در مزاج فرد دیگر مطلقاً بدون اثر و بی‌اذیت می‌تواند باشد.

در اینجا ما فقط اگزمای شیرخواران را مورد مطالعه قرار خواهیم داد. چه نزد کودکان بزرگ‌تر این مرض شبیه بیماری بزرگان است. در شیرخواران علاوه بر شیوع و دشواری معالجه به صفات مخصوصی ممتاز است که از آن مجملاً برای شما صحبت خواهم داشت.

شرح بیماری

اگزما را معمولاً نزد طفلی چاق و فربه خواهید دید که اگر گرفتار این مرض کثیف نبود، تندرست‌ترینِ کودکان شمرده می‌شد. حتی به عقیدهٔ بعضی پزشکان در شیرخواران شایع‌تر است تا نزد کودکان دیگر. تاریخ شروع آن در حدود ماه دوم طفولیت است و غالباً بعد از ماه نهم شکل مخصوص شیرخواران، دیگر مشاهده نخواهد شد.

صورت که جایگاه اولین آثار بیماری است، در ابتدا قرمز و گرم به نظر می‌آید و تورّم پوست به سهولت حس می‌شود. پوست مانند چرمی که چین‌دادن سطح آن مشکل است، می‌شود. ضایعات جلدی مایعی ترشح می‌کند که وقتی به سر سرایت کند، باعث چسبیدن موها گشته، قشرهای زرد رنگ و کثیفی روی سر پیدا می‌شود. روی صورت در اثر خارش شدید جراحت‌های متعددی که کم و بیش خون‌آلود است، دیده می‌شود که

برخی از آنها دچار عفونت و چرک و یا در غدد لنفاتیک مربوط آدنیت (تورم غده) پیدا خواهد شد.

گفتیم که علائم اولیه روی صورت و معمولاً روی پیشانی یا گونه‌ها ظاهر می‌شود و از آنجا به گوش‌ها (خصوصاً درز خلفی آنها)، به سر و بالأخره گاهی به تمام بدن سرایت خواهد نمود. ولی در اکثر موارد، عوارض اگزما به حفره‌های صورت نزدیک نشده، پوست حوالی چشم و دور سوراخ‌های بینی و دهان سالم می‌ماند. وقتی اگزما به اکثر نقاط بدن تجاوز نمود و در نتیجه دورهٔ آن به طول انجامید و مزمن شد، بعضی از نواحی بدن دچار خواهد شد و منظرهٔ جلد با سختی و ضخامت فوق‌العاده و خصوصاً با نمایان شدن خطوط عادی پوست و خارش بسیار شدید قابل شناسایی خواهد بود.

چنین مرضی که سبب خارش شدید است، طبعاً به زودی روی حال عمومی کودک تأثیر می‌کند و بی‌تابی و بی‌خوابی بچه را لاغر و ضعیف خواهد نمود. ولی باید دانست که در این مورد حال مادر بیشتر مورد دقت و مواظبت است تا طفل که در بسیاری از اوقات مقاومت خوبی در مقابل تمام این علائم نشان می‌دهد.

سیر بیماری

اگزمای شیرخواران اصولاً مزمن است، ولی در اثر عوامل مجهولی شدت و ضعف پیدا می‌کند. شدت آگاهی با یکی از این علل مصادف است. نیش زدن دندان کودک یا کسالت مادر (یبوست، قاعده‌شدن) به عکس در آغاز بیماری‌های دیگری که همراه تب هستند، عوارض جلدی طفل بهبود می‌یابد. همین که تب افتاد، دوباره علائم اگزما به میزان سابق خود عود می‌کند. همچنین تناوبی که بعضی از اوقات بین اگزما و آسم مشاهده می‌گردد، بسیار عجیب و شگفت‌آور است. تنگیِ نفس شدید طفل و پیدا شدن علائم وحشتناک آسم همراه با تخفیف یافتن اگزما و حتی اصلاح وضع جلدی کودک است و همین که تنفس طفل عادی گشت، خارش صورت دوباره پیدا می‌شود. گاهی بر این اگزمای طولانی، عوارض محلی یا عمومی نیز اضافه می‌شود. عوارضی چون افزوده شدن عفونتی جلدی بر اگزما. زمانی میکروب در حوالی ریشهٔ موهای پوست جایگزین می‌گردد و گاهی خود ترشحات اگزما چرک آلود است و روی پوست لخته‌های زرد رنگی دیده می‌شود و

بالأخره گاهی زیر جلد چرک جمع شده، تولید دمل می‌کند که آن را باید با نوک نیشتر خارج ساخت.

در پایان بحث این را نیز ذکر کنیم که تلقیح واکسن آبله به چنین کودکانی ایجاد زحمت می‌کند و گاهی تمام بدن طفل را تاول‌های واکسن فرا می‌گیرد. این است که در صورت اجبار باید وقتی اگزمای طفل به اصطلاح قدری فروکش نمود و وضع جلدی رضایت‌بخش‌تر بود، واکسن را در محلی کاملاً سالم تلقیح نمود.

عوارض عمومی

اگزما مثل هر منبع عفونتی، ممکن است تولید عوارضی سخت چون نفریت‌های صعب‌العلاج، اسهال‌های خطرناک و حتی مننژیت کُشنده بنماید. ولی آنچه در اگزمای شیرخواران کاملاً مخصوص است، عوارض وحشتناکی است که ناگهان پیدا شده، پیوسته همراه بهبود ظاهری علائم جلدی است و نتیجهٔ آن مرگ سریع خواهد بود. معمولاً طفل در عرض مدت کمی با تب شدید و رنگ پریدگی فوق‌العاده تلف می‌گردد. هیپرترمی (افزایش شدید دمای بدن) نیز باعث مرگ شیرخواران بعد از اعمال جراحی می‌شود. اینجا نیز همین دو علامت، خلاصهٔ اختلالات کلی است که در وجود ضعیف طفل پیدا می‌شود. گاهی مرگ به قدری سریع است که حتی این دو نشانه نیز ظاهر نمی‌شود. به هر حال این وخامت پیش‌آگهی اگزما، فقط منحصر به شیرخواران است و در اشخاص بالغ چنین حوادثی را هیچ‌گاه نخواهید دید. باید گفت که اولاً خوشبختانه این پیشامدها نادرند. ثانیاً در بسیاری از اوقات شیرخوارانی بدان مبتلا می‌گردند که در مریض‌خانه بستری شده‌اند. لذا همیشه از بستری نمودن این نوع مریض در بیمارستان‌ها کراهت داشته باشید. در پیدایش اگزما عوامل بی‌شماری مؤثّر است. ولی امروزه به دو نکته زیاد توجه می‌شود؛ یکی آلرژی، دیگری ساختمان جلدی خاص شیرخواران.

۱ـ آلرژی را در بیماری‌زایی اگزما نمی‌توان ناچیز شمرد. چه بسیاری از این بیماران در آتیه گرفتار عوارض آلرژیک از نوع زکام تابستانی و کهیر و غیره خواهند شد. به علاوه والدین و نزدیکان این مریض اکثراً به این دسته بیماری‌ها کم و بیش مبتلا بوده یا هستند. معاینهٔ خون نیز این نظر را تأیید کرده است. علاوه بر آئوزینوفیلی که علامت

شایعی در خون مبتلایان به اگزماست، مقادیر زیادی آنتی‌کر نسبت به مواد غذایی یافته‌اند. گرچه این مواد را نزد کودکان سالم نیز دیده‌اند و به همین لحاظ به آن آلرژی فیزیولوژیک نام گذارده‌اند، ولی پیدایش این آثار در خون با بروز عوارض جلدی و زایل شدن آنها با اصلاح توارث، همراه است.

۲ـ پوست شیرخواران علاوه بر لطافت مخصوص خویش، از نظر ساختمان شیمیایی و مویرگ‌ها با خواص پوست در ادوار دیگر عمر متفاوت است.

از خصائص پوست در سال اول عمر، زیاد بودن آب و نمک و کمیِ نسبت پتاسیم به سدیم است. به علاوه پوست لطیف نوزاد قابلیت تحریک عجیبی دارد و مسلم است که این آثار در ایجاد عوارض پوستی بی‌تأثیر نیست و از آنجا که به تدریج از اهمیت این عوامل کاسته می‌گردد، اگزما نیز بعد از ماه دوازدهم الی هجدهم تدریجاً از بین می‌رود. به اضافه، تدابیر دارویی و غذایی که در وضع جلدی شیرخواران بتواند تغییراتی ایجاد نماید، در بهبود اگزما مُؤثّر شناخته شده و در معالجهٔ این بیماران شایستهٔ رعایت است.

اولاً امساک در آب و نمک را ستوده‌اند، ثانیاً با تجویز پتاسیم در اصلاح نسبت این ماده با سدیم کوشیده‌اند، ثالثاً در مواد غذایی توجه بیشتری به مواد چربی نموده، از قند تا حد امکان پرهیز نموده‌اند.

حتی به نظر بعضی از پزشکان، اگزما لااقل در پاره‌ای از موارد عبارت است از فقر مواد چربی و به این بیماران خوراندن چربی خوک یا روغن‌های نباتی را توصیه می‌نمایند. مشاهداتی خودِ ما داریم که چنین رویهٔ ساده‌ای به بهبود اگزما کمک نموده است. خلاصهٔ کلام این است که در علت پیدایش اگزما به جز فرض و احتمال چیز دیگری در کار نیست و به نظر اکثر محققین، از یک طرف آلرژی کودک در مقابل مواد چربی در شیر و از طرف دیگر ساختمان مخصوص پوست، علل اساسی این بیماری کثیف است. ولی با این حال، مریض به نسبت فربه و صاحب اشتهایی کامل است و شاید همین اشتهای زیاد و خوراندن قنداب فراوان (افراط در آب و مواد هیدروکربنه) در بروز عوارض جلدی بی‌تأثیر نباشد. خلاصه که در اثر لاغر شدن یا ابتلا به اسهال یا مرضی عفونی، معمولاً وضع پوست این بیماران بهتر می‌شود.

تحریکات محلی که عبارت از پوشاندن و عرق‌کردن زیاد، قنداق‌های غیرقابل نفوذ و بستن نیز بی‌تأثیر نیست. همچنین آب و صابون در شدت اگزمای این اطفال اثری محسوس و سریع دارد.

با رعایت نکات فوق معالجهٔ این مرض را شروع کنید. اگر طفل بسیار چاق و فربه است، در دستور غذایی امساک قائل شوید. زمان کمتری وی را به پستان بگذارید و قبل از آن لیوان آبی به دهان طفل ببرید که قدری سدّ اشتها بشود. به آنان که با تغذیهٔ مصنوعی بار می‌آیند، قند کمتر بدهید و چنانکه بیان شد، شیر چرب‌تری انتخاب نمایید. برای افزودن نسبت پتاسیم، خواه از دارو استفاده کنید یا میوهٔ فراوان‌تری به طفل بدهید، چراکه کم و بیش پتاسیم دارد. به هر حال در کم‌کردن آب رژیم غذایی رعایت احتیاط را بنمایید و همچنین محروم‌کردن طفل از شیر مادر را کاری غلط و مُضر بدانید. این عمل نه تنها موجب بهبود اگزما نمی‌شود، به عکس به شدت آن کمک می‌کند. در این مورد می‌توانید غذای کمکی را زودتر از سایر کودکان شروع کنید تا شاید وضع جلدی اصلاح شود.

مداوا و توجه به پوست درمان عمدهٔ این بیماران است. پوست از هر نوع تحریکی باید محفوظ باشد؛ سرمای شدید و باد تند مضر است. قبلاً پوشاندن زیاد و عرق فراوان را زیان‌آور قلمداد کردیم. همچنین این اطفال از آب حمام باید پرهیز کنند و نظافت آنها را باید با روغن‌های زیتون و بادام تأمین نمود. در کوتاه نگاه داشتن ناخن‌ها نیز باید دقت کرد تا کودک بر اثر خارش صورت را مجروح نکند. خوب است که اکثر ساعات روز اگزماداران را به گردش برده، مشغول به بازی و گردش نمایید. بدین نحو طفل از کندن گونه‌های خویش قدری منصرف می‌شود. برای تسکین خارش می‌توان به مالیدن پمادهای مسکن پرداخت؛ (مثلاً، اکسیددوزنگ، طلق گلیسیرین و آب مقطر پانزده گرم از هر کدام.) در بخش اطفال، معمولاً بازوی کودک را در مقوای نسبتاً محکم می‌گذارند تا مریض نتواند آرنج را تا نموده صورت خویش را مجروح نماید.

یکی از داروهایی که تقریباً به تمام کودکان اگزمادار سازگار است، قطرات معدنی است که پزشکان فرمول آن را می‌دانند.

هرگاه به ضایعات اگزما، عفونت اضافه شود و زرد زخم نیز مزید بر علت شده باشد، باید پس از درمان زرد زخم‌ها به معالجهٔ اگزما پرداخت.

آنژین کودکان

وقتی که کودکتان دچار گلودرد یا آنژین شده است.

همهٔ اطفال در سنین طفولیت در مقابل کوچک‌ترین سرماخوردگی و ناراحتی دچار گلودرد یا آنژین می‌شوند و گاه ممکن است پس از بهبود چون تورم لوزه‌ها کاملاً رفع نگردیده، طفل پیوسته با هر وزش باد یا ناراحتی تب نماید و دچار گلودرد گردد. این گلودرد یا آنژین غالباً با تب توأم بوده و اختلالات گوارشی دارد که به صورت تهوع، استفراغ و اسهال یا یبوست همراه می‌باشد و غالباً ممکن است غده‌های گردن و زیرچانه نیز متورّم گردد. هر قدر علت میکروبی آنژین شدیدتر و یا چرک آن بیشتر باشد تورم این غدد زیادتر خواهد بود.

برای مثال، در آنژین دیفتری این غدد به سرعت بزرگ می‌شود. در چنین حالتی ممکن است طفل صبح به خوبی از بستر برنخیزد و دچار تب و گلودرد باشد و یا اینکه عصر میل و حوصلهٔ بازی کردن نداشته باشد و بخواهد بخوابد. وقتی که مادر دست او را می‌گیرد، از گرمی زیاد می‌فهمد که دچار تب شده است و گاهی نیز طفل استفراغ می‌کند. در چنین وضعی است که مادر فهمیده باید در پی چاره برآید و به هر وسیله که ممکن است گلوی او را مورد معاینه و دید قرار دهد، تا ببیند آیا لوزه‌های او بزرگ شده، قرمز است یا روی آن را ورقه یا چرک سفید رنگی گرفته است یا خیر؟ اگر روی لوزه‌ها و گلوی طفل سفیدی یا چرک مشاهده کند، باید به فکر دیفتری افتاده و هر چه زودتر طفل را به پزشک برساند، امّا اگر گلو درد طفل و تورّم لوزه‌ها بدون سفیدی یا چرک باشد، تا رسانیدن کودک به پزشک ضروری است به دستورات زیر توجه و عمل نماید.

۱ـ از داروهای ضد تب و قرص یا قطرهٔ ویتامین C به طفل بدهد.

۲ـ از قطره‌های مخصوص که برای ضدعفونی کردن بینی و حلق مصرف می‌شود، در بینی طفل بچکاند.

۳ـ غذای کودک سوپ و شیر گرم باشد.

۴ـ کودک را باید خوابانید و در صورت درد و ناراحتی زیاد از قطرهٔ مسکن استفاده کرد.

۵ـ دادن روزی ۲ لیوان آب لیموشیرین در درمان سرماخوردگی و رفع تورّم لوزه‌ها مُؤثّر است.

۶ـ انجیر خشک را خیس نموده، به کودک بدهید تا قدرت دفاعی بدنش زیاد شده و زودتر از بستر بیماری برخیزد.

۷ـ آب میوه‌ها به طور کلی؛ چون لیموشیرین، نارنج و لیموترش، آب هویج، آب سیب و کمپوت در درمان بیماری بسیار مُؤثّر است.

۸ـ روزی سه نوبت چای گرم و کمرنگ با لیموترش به کودک بدهید تا زودتر عرق نموده و تبش قطع شود.

۹ـ می‌توانید در نصف لیوان آب ولرم یک قاشق مرباخوری جوش‌شیرین حل نموده چنانچه طفل بتواند غِرغِره نماید، وگرنه آن را به تدریج به او بخورانید.

۱۰ـ دادن انواع قرص ویتامین C یا ویتامین B ضروری است.

آلرژی در کودکان

وقتی که کودکتان دچار حساسیت شده است.

برای درک آلرژی در کودکان بایستی به این نکته توجه داشت که در حدود یک پنجم اطفال کمتر از ۵ سال از یکی از انواع آلرژی رنج می‌برند؛ مثل، اگزمای کودکان یا تب یونجه و آسم (تنگی نفس). به علاوه در نیمی از افرادی که در سنین بعد از بلوغ هم به یکی از انواع آلرژی دچار هستند، اولین علائم آلرژی در قبل از ۱۵ سالگی بروز کرده است.

برای نمونه، آسم آلرژیک بیش از سایر بیماری‌ها موجب مرگ اطفال می‌گردد. مثلاً در امریکا و در طول یک سال تلفات آسم آلرژیک ۱۳۰ کودک ۱ تا ۱۴ ساله بوده است؛ در حالی که تلفات حاصل از فلج کودکان در همین سال در امریکا فقط ۳۰ نفر بوده. ورم بینی (رینیت) اگر چه کُشنده نیست، باعث غیرطبیعی شدن شکل صورت و جفت شدن دندان‌ها می‌گردد و گاهی اوقات در اثر ورم بینی شنوایی آسیب می‌بیند. برخی موارد ورم ملتحمه (کنژکتیویت) و آسم ریوی موجب مرگ بیمار می‌گردد. کودکانی که دچار اگزمای اطفال هستند، ممکن است در تمام عمر از دانه‌هایی که بر روی بدنشان می‌زند ناراحت باشند.

برای بهبود بخشیدن به کودکان آلرژیک در درجهٔ اوّل بایستی از تاریخچهٔ زندگی کودک اطلاع کافی به دست آورد و به وسیلهٔ آزمایش‌های پوستی نوع مادهٔ آلرژی‌زا (آلرژن) را پیدا نمود و سپس با حذف این ماده از زندگی روزمرهٔ کودک و ایجاد مصونیتی که تا پس از بلوغ دوام داشته باشد، طفل را درمان نمود. البته بازرسی دقیق وضع ساختمان بدن کودک نیز لازم است، چون بیماری‌هایی نظیر اختلالات ریوی، کم‌خونی و تغذیهٔ ناکافی سبب تحریک حمله‌های آسمی می‌شوند و بایستی همگی تشخیص داده شوند و درمان گردند. به علاوه لازم است مسائل عاطفی کودک و والدین او نیز مورد بررسی و کنترل دقیق قرار گیرند.

پاتوژنی (بیماری‌زایی)

احتمالاً مهمترین عامل توسعهٔ تظاهرات آلرژیک، حساسیت ارثی است. البته حساسیت به یک مادهٔ مخصوص به ارث نمی‌رسد؛ بلکه آنچه به ارث مربوط می‌شود، استعداد حساسیت به مواد غذایی و استنشاقی است. وقتی مادهٔ حساسیت‌زا یا آنتی‌ژن (پادگن) وارد بدن می‌شود، سلول‌های سازندهٔ آنتی کر (پادتن) را که موادی جهت خنثی کردن مادهٔ حساسیت‌زا می‌سازند، تحریک کرده و آنتی‌کر و یا مادهٔ ضدجوش یا در خون و یا در سلول‌های حساس شده برخورد می‌کنند. از برخورد دو مادهٔ آنتی‌ژن و آنتی‌کر، مواد شیمیایی مخصوصی حاصل می‌گردد که عمل آنها بر روی نظام‌های مختلف بدن، سبب بروز تظاهرات مختلف آلرژی می‌گردد.

عوامل دیگری به جز توارث در توسعهٔ آلرژی مُؤثّر هستند. معمولاً اولین حملهٔ آسم پس از بهبود از سیاه سرفه یا سرخک پدیدار می‌شود. توسعهٔ آسم پس از سیاه‌سرفه یا سرخک را می‌توان به حساس شدن بدن به وسیلهٔ باکتری و یا تغییر حالت ایمنی در مقابل عفونت نسبت داد.

عوامل روانی نیز در آلرژی اهمیت فراوان دارند. کوشش‌های مداومی که برای یافتن ارتباط بین یک طرح به خصوص شخصیت و حساسیت به ماده‌ای مخصوص تا به حال با عدم موفقیت رو به رو شده است؛ ولی در آسم آلرژیک به وسیلهٔ روانکاوی مواردی از ارتباط پیدا شده است. اگر چه شواهدی موجود است که آلرژی به وسیلهٔ ضربه‌های روانی تشدید شده، ولی در اغلب موارد در یک چنین بیمارانی زمینهٔ حساسیت کم و آتوپی وجود داشته است.

در برخی موارد اثر عوامل عاطفی یا هیجانی مدت‌ها بعد در بیمار آلرژیک به ظهور می‌رسد.

انواع آلرژی

آلرژی به دو دستهٔ فوری و غیرفوری طبقه‌بندی می‌شود. آلرژی نوع فوری وقتی است که بعد از تماس آنتی‌ژن با بدن شخص حساس، به فاصلهٔ ۵ تا ۱۵ دقیقه تظاهرات آلرژیک مشهود گردد. در مورد آلرژی غیرفوری واکنش مربوطه بین ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از ورود

مادهٔ حساسیت‌زا به ظهور می‌رسد. در مورد آلرژی فوری آنتی‌کر در خون موجود است، ولی در مورد آلرژی غیرفوری، آنتی‌کر مربوط در داخل بافت‌های بدن متمرکز گشته است.

واکنش‌های آلرژیکی که به آنتی‌کر موجود در خون مربوط است، بیشتر عضلات غیرارادی بدن، عروق خونی و غدد مخاطی را شامل می‌گردد و سبب واکنش‌هایی نظیر تب یونجه، آسم، کهیر و غیره می‌گردد. در حالی که جهاز هاضمه، دستگاه تنفس و پوست موضع اصلی واکنش‌های آلرژیک غیرفوری هستند.

مواد حساسیت‌زا در افراد مختلف متفاوت‌اند؛ شیرگاو، تخم‌مرغ، دانه‌های نباتی، آجیل، ماهی و شکلات معمولی‌ترین هستند که خصوصاً در کودکان تولید حساسیت می‌کنند و تظاهرات آنها بیشتر پوستی و هاضمه است. موادی مثل غبارات، گردهٔ گیاهان و آلودگی‌های هوا نیز مهمترین عوامل حساسیت دستگاه تنفس هستند. میکروب‌ها نیز می‌توانند آلرژن‌های اولیه باشند و یا به ایجاد حالت آلرژی به طور ثانویه کمک کنند.

برخی دیگر از آلرژن‌ها وجود دارند مثل سرم‌های حیوانات (مثل سرم اسب که به عنوان معالجه به کار می‌رود)، داروها، حشرات و غیره...

تشخیص

تشخیص آلرژی با شناختن موادی که طفل بدان حساسیت دارد، عملی می‌گردد و برای این منظور اطلاع از نکات زیر ضروری است. اطلاع از تاریخچهٔ زندگی بیمار مهمترین روش تشخیص است و از وسایل دیگر می‌توان امتحان مواد خوراکی و محیط خانهٔ بیمار را نام برد. تاریخچهٔ زندگی گذشتهٔ بیمار از جمله وجود و یا عدم قولنج یا اگزما، حساسیت نسبت به داروها و خوراکی‌های مورد مصرف، ممکن است وجود یک حالت آلرژیک تشخیص داده نشده را نشان دهد. در این زمینه آشنایی به سابقهٔ زندگی پدر و مادر طفل نیز خیلی با ارزش است. زیرا زمانی که هم پدر و هم مادر هر دو حساسیت داشته‌اند، در ۷۵ درصد موارد کودکانی آلرژیک به بار آمده‌اند و مواردی که یکی از والدین پدر یا مادر آلرژیک بوده‌اند شانس ابتلای کودک به آلرژی ۵۰ درصد است.

روش دیگر که در حقیقت تعیین کنندهٔ نسبی وجود آلرژی و نوع مادهٔ حساسیت‌زا

(آلرژن) است؛ آزمایش‌های پوستی است که متأسفانه در برخی موارد جواب‌های گمراه کننده‌ای می‌دهد. مثلاً در آزمایش پوستی فرد نسبت به مادهٔ مشخصی حساسیت نشان می‌دهد؛ ولی، وقتی آن ماده عملاً در مجاور بدن شخص و یا محیط زندگی او قرار بگیرد، هیچ‌گونه واکنشی از خود نشان نمی‌دهد و عکس این حالت هم بسیار دیده شده است.

درمان

درمان اختصاصی عبارت است از حذف مادهٔ حساسیت‌زا از زندگی شخص حساس یا در مورد آلرژی‌های غذایی حذف ماده از غذای روزمره؛ ولی در موارد حساسیت نسبت به گردهٔ گیاهان که نمی‌توان آن ماده را از زندگی شخص حذف نمود، شخص را بایستی با روش‌های معمول در پزشکی غیرحساس کرد. البته این عمل باید در اوایل بیماری صورت گیرد.

داروهای ضد هیستامین نقش بسیار مؤثّری در تخفیف مشکلات حاصل از واکنش آلرژیک دارند.

پیشگیری

برای پیشگیری باید کوشش بر روی زندگی قبل از تولد طفل و سال‌های اولیهٔ زندگی او صورت گیرد. بدین منظور نکاتی را که قبل و بعد از زایمان باید رعایت شود، برای همسرانی که حساسیت دارند ذکر می‌گردد.

۱ـ قبل از زایمان

عدم استعمال غذاهای تفنّنی و اتفاقی

پرهیز از افراط در مصرف هرنوع مادهٔ غذایی

مصرف محدود غذاهای حساسیت‌زا مثل تخم‌مرغ، آجیل، ماهی، کاکائو، ادویه و غیره...

مصرف محدود شیر (کمتر از یک لیتر در روز) که بهتر است ۱۰ دقیقه بجوشد.

کم کردن قدرت آنتی‌ژن غذا به وسیلهٔ جوشانیدن و پختن آن.

۲ـ بعد از زایمان

کوشش برای تغذیهٔ طفل با شیر مادر.

اضافه کردن مواد غذایی به طور تدریجی و آهسته به غذای طفل.

عدم مصرف زردهٔ تخم‌مرغ قبل از ۶ ماهگی و سفیدهٔ تخم‌مرغ تا یک سالگی.

ندادن کاکائو، پرتقال، ماهی و گردو به طفل.

کنترل محیطی

اوتیت (تورم حاد گوش)

وقتی که طفل شما دچار گوش درد شده است.

تورم (جعبهٔ صماخ Tympan) یا گوش میانی در نزد کودکان به قدری شایع است که در همهٔ خانواده‌ها و نزد بانوان مسن این مسئله بسیار مورد توجه است.

بیمارستان‌های کودکان در اروپا و امریکا نشان داده است که از هر صد کودک که تحت درمان قرار گرفته‌اند، بالغ بر سی الی پنجاه درصد به علت اوتیت یا گوش درد بوده است.

تورم حاد گوش میانی

منبع عفونت کثافات و اخلاطی است که با فریاد یا در حال تهوّع و استفراغ یا توسط سرفه یا بالأخره در اثر قوهٔ ثقل نزد مریضی که پیوسته روی پشت خوابیده است از راه ترمپ گوش میانی می‌آید. بعضی سرایت را توسط مجاری لنف از لوزهٔ لوشکا می‌دانند. به هر حال همین که اوتیت پیدا شد، آثار آن نزد طفل شیرخوار همان علائم مشترک بیماری‌های عفونی است که شما آنها را به خاطر دارید.

تب ـ گاهی آهسته‌آهسته بالا می‌رود و برخی اوقات سریعاً حرارت طفل به ۳۹ و بیشتر صعود می‌کند و بلافاصله به میزان عادی برمی‌گردد. بالأخره در بعضی از موارد منحنی حرارت کودک به هیچ وجه پیدایش عفونت را حکایت نمی‌کند.

اختلالات گوارش ـ پیوسته همراه با تب، اسهال شدید و سبز رنگ و آلوده به اخلاط کم و بیش وجود دارد و کودک بی‌اشتهاست. ممکن است در ابتدا این عوارض را به سوء هضم منسوب دارند. ولی عدم تأثیر رژیم‌های عادی باید پزشک را متوجه عفونت بنماید.

لاغر شدن ـ بالأخره سومین علامت مشترک بین تمام امراض عفونی است و در اینجا گاهی سریعاً بر آثار مزبور مزید می‌گردد. طبیعی است که وقتی تب زیاد و لاغری کودک شدید و ضمناً دفعات مدفوع و استفراغ فوق‌العاده متعدد باشد، به تشخیص سادهٔ اسهال وبایی شکل نباید قناعت کرد. علائم دیگر توجه به اوتیت را گاه تأیید می‌کند؛ فریادهای

دائم کودک که به علت درد است، گریه و ناله و گذاشتن انگشت روی گوش یا زیاد شدن فریاد، وقتی بچه را روی یکی از دو پهلو می‌خوابانند. البته نزد شیرخواران گریه و فریاد به قدری عادی است که برای تشخیص پزشک کمتر مورد استفاده می‌تواند باشد. همچنین پیدایش تشنّج نزد طفلی که حرارت بدنش صعود کرده است، دلیل برای تورم گوش نیست؛ به عکس، آب‌ریزش بینی علامتی است که باید مورد دقت قرار بگیرد. چون معمولاً گوش‌درد شیرخوارن در اثر سرایت عفونت بینی (و قسمت‌های مجاور آن) به گوش میانی است و نگاه کردن به حلق طفل اهمیت عفونت را روشن می‌سازد. چه روی جدار خلفی (پشتی) چرک غلیظ از کاوم سرازیر شده، باعث تورم مخاط می‌گردد.

تنها وسیلهٔ تشخیص دیدن صماخ گوش است که بدبختانه نزد شیرخواران قدری دشوار می‌باشد و شما قطعاً می‌دانید که از حیث ساختمان گوش بین اطفال خردسال و بزرگان اختلافات کلی موجود است. مجرای خارجی گوش را غشای نرمی درست می‌کند و باید سپکولوم را با نهایت احتیاط در مجرای خارجی گوش فرو نمود. محور آن به عکس مجرای گوش بزرگان به پایین و داخل متوجه می‌شود. لذا باید لالهٔ گوش را به طرف پایین و عقب کشید تا دیدن صماخ ممکن گردد. به دست آوردن این نتیجه باز سخت است. چه خود پردهٔ صماخ در این سن تقریباً افقی و موازی جدار تحتانی مجرا می‌باشد. این است که فقط قسمتی از پردهٔ مزبور مرئی خواهد شد که همین اندازه برای تشخیص کافی خواهد بود.

در اوتیت شیرخواران انتهای فوقانی پردهٔ صماخ ابتدا فوق‌العاده قرمز گشته، بعد از آن احتقان به تمام نقاط سرایت می‌کند. اگر تورم اصلاح نشود پرده به نظر برجسته آمده بعداً رنگ زرد پریده و محوری به خود می‌گیرد و پردهٔ آنفیلتره حس می‌شود. در این موقع دیگر دیدن نقطهٔ نورانی پرده و همچنین برجستگی زائدهٔ چکّش به لحاظ تورم شدید مقدور نیست.

خوب است در موقع لزوم رأی متخصّص را برای وضع گوش بیمار خردسال خودتان سؤال نمایید تا سریعاً تصمیم مقتضی گرفته شود والاّ تورم پیشرفت نموده و چرک پردهٔ صماخ را سوراخ می‌کند و حقیقت گوش درد را مشاهدهٔ یک قطعه چرک روی بالش طفل

ثابت می‌نماید.

باید دانست که این «سرباز کردن» چرک اولاً مدتی به طول می‌انجامد و قوای طفل را بسیار ضعیف می‌کند. ثانیاً سوراخ معمولاً در بالای پرده پیدا شده و دمل گوش به این نحو به زحمت خالی می‌شود و ثالثاً سوراخ گاهی به قدری کوچک و ریز است که دیدن آن بسیار مشکل خواهد بود.

با مراقبت پزشک به زودی آماس گوش میانی خاتمه یافته، ظرف دو الی سه هفته عوارض اصلاح می‌گردد و از اوتیت هیچ اختلالی به یادگار نخواهد ماند. (گوش طفل خوب خواهد شنید و به طور مزمن گرفتار ترشح چرک نخواهد بود.)

اَشکال دیگر اوتیت خصائص قابل ذکری ندارد. در بعضی از موارد عارض شدن تبی که ظاهراً بدون علت است، هفته‌ها طول می‌کشد و امتحان‌های متعددی لازم است تا منشأ عوارض کودک کشف گردد. شرح حال طفلی ۹ ماهه را به خاطر دارم که تذکر آن برای شما شاید مفید باشد. مادر این کودک از استفراغ زیاد بچه شکایت داشت. دستور غذایی کامل به وی داده شد، ولی بعد از چند روز باز به مریض‌خانه مراجعه نمود که طفل هنوز استفراغ شدید دارد، تب نیز پیدا می‌شود. چند روزی مریض خردسال در بیمارستان بستری شد و حال طفل هیچ تشویش و نگرانی ایجاد نمی‌نمود. مطلقاً در عرض چند روز استفراغ نکرد. تب نیز از ۳۷ تجاوز ننمود و به این لحاظ اختلالی را که مادر بچه نقل نموده بود، حمل بر مبالغه و شدت علاقه شد. ولی طولی نکشید که مجدداً کودک را با حالی زار به بخش شیرخواران آوردند. بر تب فوق‌العاده، استفراغ و اسهال علاوه شده بود و این دفعه امتحان گوش وجود اوتیت را نشان داد. بدبختانه سوراخ نمودن پردهٔ صماخ از عوارض اضافی جلوگیری ننمود. بعداً باز ماستوئیدیت بچه را عمل نمودند و بعد از مدت‌ها رنجوری، خطر مرتفع گشته، طفل از بیمارستان خارج شد.

معالجه ـ برای گوش درد اطفال البته بعضی معالجات طبی می‌توان توصیه نمود. ولی همین که چرک پیدا شد باید با نیشتر و توسط پزشک دملی را که تورم گوش میانی تشکیل داده است شکافت.

معالجات طبی برای تخفیف دادن درد و ضدعفونی نمودن مجاری است. با آسپرین و

مسکن‌های دیگر بی‌تابی طفل را کمتر خواهید نمود. روی گوش و نواحی مجاور آن هر دو ساعت کمپرس گرم خواهید گذاشت. بالأخره از قطره برای چکانیدن در گوش استفاده خواهید کرد. سپس، قدری پنبهٔ تمیز در سوراخ گوش بگذارید.

با استفاده از مقادیر لازم سولفامید پنی‌سیلین و آنتی‌بیوتیک بسیاری از گوش دردها را می‌توان بدون رسیدن به مرحلهٔ چرک و عمل جراحی اصلاح کرد. ولی وقتی چرک پشت پردهٔ صماخ جمع شد، باید آن را خارج نمود و این عمل باید توسط پزشک و با نهایت دقت انجام گیرد تا از عوارض دیگر بیماری جلوگیری شده و طفل بهبود یابد.

اورمی (ازدیاد اوره در خون)

بیماری خطرناک و مُهلک

وقتی که مقدار اوره یا ترکیبات ازتهٔ مشابه آن در خون بیش از حد متعادل و متعارف شود، و موجب یک سری عوارض و ناراحتی‌ها و اختلال دستگاه‌های مختلف بدن شود، بیماری اوره یا ازدیاد اوره در خون که در اصطلاح پزشکی آن را اَزوتِمی می‌نامند، به وجود می‌آید.

علت و سبب

گرچه نتیجهٔ نهایی اغلب بیماری‌های دستگاه کلیوی یا ادراری و به خصوص کلیه‌ها پیدایش اورمی یا ازوتمی است، امّا با وجود این، آن دسته از بیماری‌های دستگاه مزبور که بیشتر به چنین عارضه‌ای منتهی می‌گردد، احتقان‌های کلیه و تورم کلیه‌ها و کالیس‌ها (لگنچه‌ها) که به نام پلیونفریت می‌نامند، می‌باشد. و نیز نفریت‌های مزمن و بالأخره سنگ کلیه و سرطان کلیه، انفارکتوس کلیه و انسداد لوله‌های حالب به هر علت که باشد (سنگ یا سرطان) را می‌توان برشمرد. برخی علل یا عوامل مستعد کننده مانند سرماخوَردگی، خستگی زیاد، ناپرهیزی غذایی و یا سبب‌هایی که در احتقان کلیه دخالت دارند،بر سرعت علائم اورمی می‌افزاید.

علائم اورمی

گذشته از حالاتی که اورمی، ناگهان و بدون علائم مقدماتی ظاهر می‌شود، در سایر موارد، سردرد، سرگیجه، صداکردن گوش‌ها، کم نورشدن چشم‌ها، کور شدن‌های ناگهانی و بالأخره اسهال و استفراغ و چرت‌زدن پیش‌درآمدهای این عارضهٔ خطرناک می‌باشند.

به هر حال پس از این عارضه اختلالات گوناگونی در دستگاه‌های عصبی، تنفسی و گوارشی به وجود می‌آید که آثارشان عموماً توأم با یکدیگر و گاهی هم به علت شدت یافتن یک دسته از آنها، به شکل اورمیِ عصبی یا تنفسی و یا گوارشی جلب توجه

می‌نماید:

۱ـ نشانه‌های عصبی ـ مهمترین علائم عصبی اورمی عبارت‌اند از: تشنّجات عضلانی، هذیان‌گویی و اغما که در صورت شدت یافتن هر یک از آنها شکل مخصوصی از اورمی‌های عصبی (تشنّجی، هذیانی و اغمایی) به وجود می‌آید.

تشنّج عضلانی گاه محدود، گاهی عمومی (شبیه به صرع) و گاهی هم شبیه به تشنّج‌های کزازی بوده و بیشتر هم نزد اشخاصی دیده می‌شود که به نفریت‌های مزمن همراه با ورم مبتلا باشند.

هذیان گویی در دوران اورمی، اغلب حاد و شدید و برخی اوقات مختصر و مزمن و گاهی هم ناگهانی و به شکل دیوانگی است. بالأخره بیهوشی و اغمای حاصل از اورمی که ناگهانی و یا تدریجی است، علائم و آثاری دارد که مهمترینشان عبارت‌اند از: تنفس‌های سریع یا به شکل شین استوکس، نبض ضعیف، حرارت کمتر از طبیعی، دست و پای سرد، مردمک‌های تنگ و یا طبیعی که نسبت به نور واکنشی نشان نمی‌دهند و بالأخره عدم وجود تشنج و انقباض در عضلات.

۲ـ نشانه‌های تنفسی ـ تنگی نفس که مهمترین اختلال تنفسی اورمی را تشکیل می‌دهد، گاهی به شکل سرعت حرکات تنفسی، گاهی به شکل تنگی نفس‌های عصبی (آسم) و گاهی هم به شکل شین استوکس در می‌آید؛ امّا در هر حال علت پیدایش آن را ورم شدید شُش‌ها (همراه با رال‌های کرپیتان) یا کم شدن ظرفیت تنفسی گویچه‌های قرمز، یا مسمومیت مراکز تنفسی و یا بالأخره تشنّج عروق خونی شُش‌ها می‌دانند. تنفس شین استوکس این شکل از تنفس‌ها دارای سه مرحلهٔ مشخص کننده است:

مرحلهٔ اوّل یا مرحلهٔ قطع حرکات تنفّسی ـ در این مرحله قفسهٔ صدری در وضعیّت متوسّطی بی‌حرکت مانده و تنفس بیمار قطع می‌شود.

مرحلهٔ دوّم یا مرحلهٔ شدت حرکات تنفسی ـ چند ثانیه پس از مرحلهٔ اوّل تنفس بیمار شروع شده و مرتباً بر سرعت و شدتش افزوده می‌گردد.

مرحلهٔ سوّم یا مرحلهٔ کُند حرکات تنفسی ـ پس از آنکه سرعت و شدت حرکات تنفسی به حد اعلای خود رسیدند، قوس نزولی را طی کرده، کند و کوتاه شده و بالأخره

قطع می‌گردند.

۳ـ نشانه‌های گوارشی ـ مهمترین نشانهٔ گوارشی در اورمی‌ها عبارت‌اند از؛ استفراغ و اسهال و سختی بلع که همان سوء هاضمهٔ دهانی گویون یا اورمی دهانی لانسرو است. به علت کمی ترشح بزاق و وجود ترشحات مخاطی غلیظ و چسبنده عارض و مزاحم بیمار می‌گردد. استفراغ به علت اورمی که عموماً صفراوی است، در روز، دو یا سه مرتبه عارض شده و با بی‌اشتهایی به غذا خصوصاً نسبت به گوشت و غذاهای جامد همراه است.

بالأخره شکم روش‌های حاصله از اورمی که مزمن و مفیدند، در پایان به شکم روش‌های خونی شدید و توأم با زور و پیچ‌های طاقت‌فرسا تبدیل می‌گردند (به علت پیدایش زخم‌هایی در رودهٔ بزرگ).

اشکال بالینی

اورمی‌ها را از نظر شدت علائم، سرعت سیر بیماری و سابقهٔ کسالت بیمار به دو دستهٔ حاد و مزمن می‌توان تقسیم کرد:

۱ـ اورمی حاد ـ علل پیدایش این دسته از اورمی‌ها، نفریت‌های حاد عفونی و یا نفریت‌های حاد بعد از عمل جراحی هستند.

مقدار اورهٔ خون در این قبیل اورمی‌ها به سرعت بالا رفته و به یک گرم، دو گرم و حتی سه گرم در لیتر می‌رسد. اما با وجود این، عاقبت آنها بستگی کامل به شدت و ضعف ضایعات کلیوی خواهد داشت. چنانچه گاهی ممکن است در اثر یک درمان صحیح و به موقع مقدار اورهٔ خون به سرعت تنزل نموده و عارضهٔ موجود به کلی برطرف گردد. در صورتی که اگر مقدار اورهٔ خون مبتلایان به نفریت مزمن به این اندازه ترقی نماید مرگشان حتمی و غیرقابل پرهیز خواهد بود.

گذشته از اورمی‌های مزبور یک نوع اورمی حاد دیگر نیز پس از اعمال جراحی دیده می‌شود که بنا بر عقیدهٔ برخی هیچ گونه رابطه‌ای با آماس حاد کلیه ندارد.

۲ـ اورمی مزمن ـ منظور اَشکالی از این عارضه هستند که مخفیانه و بی سر و صدا شروع شده و کم‌کم علائمی نظیر سر درد، صدا کردن گوش‌ها، اختلالات بینایی، تشنّج‌های عضلانی، رخوت انگشتان، تنگی نفس‌های شبانه، استفراغ و بالأخره چرت

زدن به وجود می‌آورد و متناوباً شدت و ضعف پیدا کرده، سرانجام به اغما و مرگ منتهی می‌گردند. اینها همان دسته اورمی‌هایی هستند که نزد مبتلایان به نفریت‌های مزمن دیده می‌شوند.

تشخیص

با در نظر داشتن علائم نامبرده، و با توجه به چنین عوارضی تشخیص بیماری اورمی داده می‌شود.

۱ـ بعضی سندرم‌های اورمیک قابل برگشت‌اند.

۲ـ لازم است مرحلهٔ بیماری را تعیین کرد (حالت بیماری پنهانی، ازدیاد ادرار با هیپوستنوری، پزودونورمالوری همراه با ایزوری، کم شدن ادرار همراه با ایزوری)

۳ـ اهمیت این تشخیص از لحاظ درمان.

۴ـ استفادهٔ خردمندانه از آزمون‌های علمی و آزمایشگاهی.

درمان نسبت به علائم موجود

الکترولیت‌ها ـ استفاده از مایعات به مرحلهٔ نارسایی موجود بستگی دارد. اگر بیمار قادر به نوشیدن نیست، باید از راه داخل وریدی محلول آبی ۵ درصد دکستروز تجویز کرد. در این قبیل بیماران معمولاً برقراری تعادل الکترولیتی مشکل است. سدیم را فقط موقعی باید تجویز کرد که دفع الکترولیت اثبات شده باشد. در موارد کمبودِ ضعیف آن، کلرور سدیم را به صورت کپسول تجویز می‌کنند و در موارد تشدید، محلول‌های هیپرتونیک کلرور سدیم ۳ الی ۵ درصد را به مقادیری که از ۳۰۰ سانتی‌متر مکعب تجاوز ننماید، توصیه می‌کنند. معمولاً تغییرات سدیم موجود است ولی اگر بیمار زیاد استفراغ کند، باید کلرور دو کلسیم ۶ الی ۱۰ گرم تجویز شود.

در مرحلهٔ نقصان ادرار، هیپرکالسمی (افزایش کلسیم در خون) مشاهده می‌شود که برای مبارزه با آن باید عصارهٔ میوه‌ها و پروتئین‌ها را حذف کرد و تستوسترون، محلول‌های ایزوتونیک قند (یا هیپرتونیک همراه با انسولین)، صمغ‌هایی که یون‌ها را مبادله می‌کند یا گلوکونات کلسیم، از راه ورید تجویز کرد. به وسیلهٔ الکتروکاردیوگرام می‌توان سیر هیپرکالسمی را دنبال کرد.

احتباس فسفر باعث کاهش کلسیم خون می‌شود که برای مبارزه با آن لاکتات کلسیم را از راه دهان یا گلوکونات کلسیم را از راه ورید به کار می‌برند. ژل هیدروکسید آلومینیوم بدون اضافه کردن منیزیم، دفع فسفر را تسهیل می‌کند. لاکتات دوسود و بیکربنات دوسود، اسیدوز را که اغلب وجود دارد تصحیح می‌کند. (جز در مواردی که بیمار زیاد استفراغ می‌نماید.)

فشار خون ـ فقط در مرحلهٔ ازدیاد ادرار باید برای پایین آوردن فشار خون کوشید.

نارسایی احتقانی قلب ـ کم کردن آب و نمک، استراحت و دیژیتال، مواردی هستند که می‌توان برای درمان نارسایی احتقانی قلب در مبتلایان به اورمی از آنها استفاده کرد. معذالک باید توجه داشت در بیمارانی که ادرارشان کم شده است، دفع دیژیتال کُند می‌گردد و بدین لحاظ ممکن است مسمومیت با دیژیتال ایجاد گردد. استعمال مدارهای جیوه‌ای در این قبیل موارد بسیار محدود است.

تهوّع و استفراغ ـ شستشوی معده با بیکربنات دوسود (چون باعث دفع شدید کلر و سدیم و آب می‌شود از این کار اجتناب می‌گردد)، پرومازین، ژل هیدروکسید آلومینیوم تا حدودی مُؤثّر واقع می‌گردند.

اسهال ـ الیگریز پارگوریک کدئین و در پاره‌ای موارد آنتی کولیززیک‌ها توصیه می‌شوند.

یبوست ـ از هر نوع مُسهلی پرهیز شود و تنقیه انجام گردد.

کم خونی ـ انتقال مقادیر کم خون تازه، (۲۵۰ سی‌سی) ممکن است مفید واقع شود.

کنتراکتور (انقباض) ـ برای برطرف کردن آنها می‌توان املاح کلسیم را تجویز کرد که معمولاً نتیجه می‌دهد.

تشنج و تِتانی ـ تشنج را با آمیتال سدیک داخل وریدی و تتانی را با املاح کلسیم معالجه می‌کنند.

عفونت ـ آنتی‌بیوتیک‌ها را باید به مقدار کم مصرف کرد، زیرا دفع کلیوی آنها کُند است.

خارش ـ تارترات ارگاتامین بسیار مُؤثّر است. ولی چون باعث انقباض عروق می‌شود،

باید با احتیاط به کار رود. املاح کلسیم و پرومازین نیز توصیه می‌شود.

خونریزی ـ مبارزه با آن مشکل است. اگر احتباس ازته خیلی زیاد نباشد می‌توان از ACTH، پردنیزون و پردنیزلون استفاده کرد و اگر ضایعهٔ کلیوی خیلی پیشرفت نکرده باشد، می‌توان از خردل ازت‌دار کمک گرفت. به طور خلاصه، درمان نسبت به هر بیمار متفاوت است و باید آن را مرتباً با تغییرات دائمی که در هر فرد بروز می‌کند وفق داد.

آمبولی ریه

(PULMONARY EMBOLISM)

انسداد سرخرگ ریوی یا یکی از شاخه‌های آن توسط لختهٔ خون یا چربی درون رگ آمبولی ریه نامیده می‌شود که ترومبوز در وریدهای ساق پا، مهمترین منشأ آمبولی ریه است. از این رو اهمیت تشخیص به موقع و درمان ترومبوز ورید عمقی، آشکار می‌شود.

آمبولی ریه، معمولاً در بیمارانی است که به علتی احتمال بروز ترومبوز ورید عمقی پا در آنها وجود دارد، مثلاً بعد از جراحی، در خلال حاملگی، در ارتباط با نارسایی حاد قلبی، استراحت طولانی و نظایر آن. به هر حال، ترومبوز ورید عمقی پا ممکن است بدون هیچ گونه علامت بالینی و یا وجود عامل مساعدکننده‌ای به وقوع بپیوندد.

به وجود آمدن آمبولی ریه بستگی به عوامل متعددی دارد از جمله؛ اندازهٔ آمبولوس، سابقهٔ وجود آمبولی ریوی در گذشته و وجود بیماری قلبی - ریوی. مرگ در اثر آمبولی ریوی شدید، معمولاً به علت انسداد مکانیکی گردش خون ریه است. بیمارانی که با وجود یک آمبولی بزرگ زنده می‌مانند، علائمی از انسداد گردش خون را نشان می‌دهند. آمبولی‌های ریوی کوچک‌تر، فقط ممکن است باعث کاهش موقت بازده قلبی شود و یا از نظر بالینی علامتی نشان ندهند و بدون تشخیص، رد بشوند. مگر اینکه علائم و تظاهرات انفارکتوس ریه، بعداً بروز بکند. انفارکتوس ریه به دنبال آمبولی ریه، یک پدیدهٔ همیشگی نیست، ولی بیشتر احتمال دارد در چنین مواردی بروز کند؛ مانند، وجود احتقان ریه، افوزیون (ریزش) پلور، عفونت ریوی، و کلاپس ریه و همچنین اگر آمبولی‌ها متعدد باشند.

زمانی که انفارکتوس در منطقه‌ای از ریه که قبلاً دچار عفونت شده، رخ بدهد ممکن است منجر به عفونت ثانویه، به خصوص در اثر پنوموکوک بشود.

اشکال بالینی

۱ـ آمبولی وسیع ریوی

اگر مرگ فوری نباشد، به دنبال کاهش بازده قلب و نارسایی حاد بطن راست، اشکال بالینی آمبولی وسیع ریه بروز می‌کند.

تنگی نفس شدید، شکایت اصلی است که ممکن است همراه با یک احساس فشردگی و سختی در سرتاسر قفسهٔ سینه و یا حتی درد شدید پشت جناغ سینه باشد (احتمالاً به علت کاهش پرفوزیون عروق کرونر). از دست دادن هوشیاری به طور موقّت، احساس بی‌حال شدن، گیج و آشفته شدن و مضطرب بودن، شکل‌های دیگر رایج در بیماری است. بروز ناگهانی این علائم معمولاً پس از موقعی است که بیمار خیلی سریع میل به اجابت مزاج دارد.

مریض بی‌قرار به نظر می‌رسد و اغلب گیج و منگ است. تنگی نفس دارد و سیانوزه (کبود) است (هم سیانوز محیطی و هم مرکزی)، و پوست رنگ پریده، سرد و مرطوب است. نبض شریانی تند شده است و حجم کمی دارد و فشار خون معمولاً پایین می‌افتد. شواهدی که دال بر فشار روی قلب راست می‌باشند، عبارت‌اند از: افزایش فشار ورید ژوگولر، ریتم گالوپ که در دومین یا سومین فضای بین دنده‌ای در کنارهٔ چپ جناغ خیلی بهتر شنیده می‌شود.

۲ـ انفارکتوس ریه

مشخص‌ترین علائم انفارکتوس ریه، درد پلور (پردهٔ جنب) و هموپتیزی (استفراغ خلط خونی) است. وقتی انفارکتوس به پلور دیافراگماتیک نیز منتقل بشود، درد به شانهٔ طرف مبتلا انتشار می‌یابد.

در مراحل اولیه، امتحانات قفسهٔ سینه اغلب کمکی نمی‌کند، اگر چه با مالش پلور ممکن است کریپتاسیون‌هایی در منطقهٔ انفارکتوس شنیده بشود، افزایش مختصر درجه حرارت بدن ممکن است در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول رخ بدهد و به دنبال آن بعداً یک افوزیون پلورال بروز کند.

بررسی‌های لازم

۱ـ آمبولی وسیع ریوی

مؤثّرترین کارهایی که می‌توان انجام داد عبارت‌اند از:

الف ـ رادیوگرافی قفسهٔ سینه که معمولاً طبیعی است. اگر چه اغلب ممکن است یک منطقهٔ روشن در زمینهٔ ریه دیده بشود که به علت کاهش طرح عروقی است و بستگی دارد به وسعت و اندازهٔ شریان گرفتار آمبولی و یا امکان دارد اثری از بزرگی قلب و اتّساع شریان اصلی ریه در رادیوگرافی دیده بشود.

ب ـ الکتروکاردیوگرام هم ممکن است طبیعی باشد ولی اغلب، شکل‌هایی از فشار روی قلب راست یا اتّساع قلب راست وجود دارد. الکتروکاردیوگرام، مانند همان است که در انفارکتوس خلفی میوکارد دیده می‌شود. اگر چه، در آمبولی ریوی موج Q در اشتقاق II خیلی به ندرت برجسته می‌شود. همچنین بلوک شاخهٔ راست، نشان دهندهٔ آمبولی وسیع ریوی است. ولی مهمترین اثر مفید E.C.G (نوارقلبی) در تشخیص افتراقی بین انفارکتوس میوکارد و آمبولی ریوی، عبارت است از اینکه در آمبولی ریوی، نکات غیرطبیعی الکتروکاردیوگرام موقّتی بوده و اغلب بیش از چند ساعت باقی نمی‌مانند؛ در حالی که E.C.G در انفارکتوس میوکارد تا چندین هفته غیرعادی است.

بررسی کاملاً دقیق و قطعی عبارت است از اسکن ریه (با استفاده از آلبومین انسانی که توسط رادیوایزوتوپ نشانه‌دار شده) و آنژیوگرافی ریه، البته هیچ‌کدام از این امتحانات در مواقع اورژانس در دسترس نیستند.

۲ـ انفارکتوس ریه

تب، لوکوسیتوز پلی‌مرف و افزایش E.S.R، نشان دهندهٔ وقوع نکروز ریه است.

انفارکتوس ریه به دنبال آمبولی کوچک ریوی، معمولاً همراه با علائم غیرعادی E.C.G نمی‌باشد؛ مگر اینکه شخص قبلاً دارای بیماری قلبی ـ ریوی بوده باشد. همچنین عکس قفسهٔ سینه نیز ممکن است در مراحل اولیه طبیعی باشد. ولی اغلب یکی یا بیشتر، از سه علامت رادیولوژیک ممکن است وجود داشته باشند:

الف ـ کدورت به علت وجود انفارکتوس؛ به طور کلاسیک، کدورت مثلثی شکل است و رأسش به طرف ناف ریه. به هر حال، ممکن است در عکس قدامی ـ خلفی، شکل‌های دیگری نیز دیده بشود.

ب ـ افوزیون پلور.

ج ـ دیافراگم بالا رفته و در تنفس خیلی ضعیف تکان می‌خورد.

ارزش این علائم باید با اسکن ریه و آنژیوگرافی ریه که قبلاً ذکر شد، تأیید گردد.

تشخیص

زمانی که شاهدی بالینی دال بر وجود ترومبوز عمقی ورید پا و یا عوامل مساعدکنندهٔ آمبولی ریه وجود داشته باشد، در مقایسه، تشخیص بیماری آسان است. وقتی که هیچ کدام از علائم فوق وجود نداشته باشند، تشخیص خیلی مشکل‌تر است، زیرا دیگر بیماری‌های قلبی می‌توانند علائمی شبیه آمبولی ریه داشته باشند. مشکل رایج این است که انفارکتوس میوکارد را بتوان از آمبولی وسیع ریوی تمیز داد.

شکل‌های بالینی، به ندرت در مورد فرق گذاشتن بین این دو بیماری کمک می‌کنند، مگر بررسی فشار ورید ژوگولر. اگر چه ممکن است پس از انفارکتوس میوکارد نیز این فشار بالا برود، ولی معمولاً نسبت به نارسایی قلب چپ یک علامت ثانویه است و اگر با وجود تصویر پاک ریه، فشار ورید ژوگولر بالا بود، آمبولی ریه محتمل‌ترین مسئله است.

همان طور که قبلاً ذکر شد، یک عکس از قفسهٔ سینه و E.C.G ممکن است در مراحل اولیه طبیعی باشند و گرفتن عکس‌های سری و پیگیری، ضروری است.

در آنوریسم دیسکان آئورت، معمولاً اگر پارگی، سرچشمهٔ عروق بزرگ را شامل بشود، توسط آزمایش‌های بالینی معلوم می‌شود و شوک باکترمیک، توسط فشار وریدی پایین، صورتی و گرم‌بودن محیط بدن و همچنین نبض کاملاً پُر علی‌رغم کاهش فشارخون عمومی، تشخیص داده می‌شود.

اورژانس‌های تنفسی، مثل کلاپس وسیع ریوی و یا پنوموتوراکس وسیع، آن چنان علائم بارز و مشخص بالینی را به وجود می‌آورند که افتراق آنها از آمبولی ریه، مسئلهٔ مهمی نیست. به طور کلی، باید امکان انفارکتوس ریه را در مورد هر درد بدونِ علت در

ناحیهٔ پلور در نظر گرفت.

اگر انفارکتوس ریه سریعاً درمان نشود و آمبولی از بین نرود، ممکن است منجر به مرگ شود. عملاً مشکل اساسی، تشخیص‌دادن انفارکتوس ریه از عفونت ریه است. پنومونی، معمولاً همراه با خلط تیره رنگ شروع می‌شود (سبز تیره) و به ندرت لکّه خون دارد. کلاپس قسمتی از ریه و یا شکل‌های کمتر اختصاصی عفونت ریه، ممکن است باعث اشتباه در تشخیص بشوند، ولی این حقیقت که خلط در مراحل اولیهٔ انفارکتوس چرکی نیست، یک نکتهٔ مفید است. متأسفانه شکل‌های رادیوگرافیک انفارکتوس ریه که قبلاً گفته شد، در این حالت اختصاصی نیستند.

رسیدگی به وضع بیمار

۱ـ آمبولی وسیع ریوی

ترکیبات خواب‌آور، جهت تسکین درد، تنگی نفس شدید و بی‌قراری بیمار، بسیار باارزش است. مرفین داروی انتخابی است و به مقدار ۱۰-۱۵ میلی گرم داخل عضلانی تزریق می‌شود. (مگر اینکه به علت همراه بودن بیماری‌های مزمن تنفسی، ممنوع باشد)، و همراه مرفین، سایکلیزین به مقدار ۵۰ میلی‌گرم تزریق داخل عضلانی یا پروکلرپرازین (استامتیل) به مقدار ۱۲/۵ میلی‌گرم تزریق داخل عضلانی، به عنوان ضد استفراغ داده می‌شود. دیامرفین به مقدار ۵-۱۰ میلی‌گرم (I.M)، اثر مشابه مرفین را دارد، ولی کمتر از مرفین باعث ایجاد سرگیجه و استفراغ می‌شود و پتیدین به مقدار ۱۰۰ میلی گرم (I.M) نیز مناسب است.

اکسیژن باید با غلظت بالا داده شود، یعنی با سرعت ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه و از یک ماسک مناسبِ صورت مثل ماسک M.C استفاده شود. جز در مواردی که داروهای ضد انعقاد کنتراندیکه می‌باشند، ۱۰۰۰۰ واحد هپارین (I.V) باید فوراً داده شود و بعد یک انفوزیون (تزریق آهسته) هپارین شروع گردد که مقدارش عبارت است از ۴۰۰۰۰ واحد هپارین در یک لیتر محلول دکستروز ۵٪، که به مدت ۲۴ ساعت ادامه می‌یابد. وارفارین به مقدار ۳۰ـ۴۰ میلی گرم، در همین زمان داده می‌شود و بعد از ۴۸ ساعت به مقدار ۵ میلی گرم ادامه می‌یابد. انفوزیون هپارین را می‌توان پس از ۳۶ تا ۴۸ ساعت قطع نمود و

بعد وارفارین را ادامه داد، البته با اندازه‌گیری مرتب زمان پروترومبین، باید مقدارش را کنترل کرد.

درمان با داروهای ترومبولیتیک مثل استرپتوکیناز داخل وریدی (۶۰۰۰۰۰ واحد در مدت ۳۰ دقیقه انفوزیون شده، سپس به مدت سه روز، هر ساعت ۱۰۰۰۰۰ واحد به عنوان دوز نگهدارنده، انفوزیون می‌شود) برای زنده نگه‌داشتن شخص در آمبولی ریوی به‌کار می‌رود، ولی باید در این مورد از نظرات چند پزشک حاذق و با تجربه برخوردار شد و بعد درمان را شروع کرد.

۲ـ انفارکتوس ریه

معمولاً برای تسکین درد، ۵۰-۱۰۰ میلی گرم پتیدین (I.M) ضروری است و باید بدون تأخیر داده شود. در موارد ممنوعیت، (همانطور که در بالا اشاره شد)، باید درمان با داروی ضد انعقادی شروع بشود، اگر چه احتمال دارد هموپتیزی بیشتر بشود. برای جلوگیری از عفونت ثانویه در نتیجهٔ انفارکتوس، آنتی‌بیوتیک می‌توان داد و بهتر است خوراکی داده بشود. چون اگر تزریق عضلانی انجام بشود، با در نظر گرفتن اینکه بیمار تحت درمان با داروی ضد انعقاد است، ممکن است در محل تزریق هماتوم تشکیل بشود. تتراسیکلین ۲۵۰-۵۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت یک بار، آمپی‌سیلین ۲۵۰-۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت یک بار، و یا کو-تریموکسازول، دو قرص (دوبار در روز)، برای این منظور مناسب می‌باشد. اغلب هنگام پذیرش بیمار، افوزیون پلور وجود دارد و ممکن است کشیدن مایع پلور، ضرورت پیدا کند.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ آمبولی ریه تقریباً همیشه ناشی از ترومبوس وریدهای عمقی ساق پا یا لگن است، که امکان دارد بدون علامت و یا همراه با علامت بالینی باشد.

۲ـ تظاهرات اولیهٔ آمبولی ریه، ناشی از انسداد گردش خون ریه است و بستگی دارد به اندازه و مقدار آمبولی‌ها (لخته‌ها) که ممکن است از یک مرگ ناگهانی، تا تنگی نفس شدید و کلاپس قلبی ـ عروقی و یا سنکوپ (ضعف‌کردن) متغیّر باشد.

۳ـ انفارکتوس ریه، که حتماً نباید به دنبال آمبولی ریه باشد، به طور مشخص و کلاسیک باعث درد پلور و هموپتیزی می‌شود. ولی به هر حال، اغلب ممکن است هموپتیزی وجود نداشته باشد و درد ملایم و کوتاه مدت باشد.

۴ـ رادیوگرافی قفسهٔ سینه و نوارقلبی، اغلب حاوی اطلاعاتی در مورد بیماری هستند. اگر این بررسی‌ها منفی بودند، نباید تشخیص رد بشود.

۵ ـ درمان و پیگیری فوری آمبولی وسیع ریه عبارت است از:

الف ـ اکسیژن با غلظت زیاد.

ب ـ مرفین.

ج ـ هپارینیزاسیون (تزریق هپارین).

د ـ در نظر گرفتن درمان با فیبرینولیتیک‌ها مثل استرپتوکیناز در موارد انتخابی.

۶ـ درمان اولیهٔ انفارکتوس ریه عبارت است از:

الف ـ تسکین درد (اغلب پتیدین ضروری است.)

ب ـ (هپارینیزاسیون Heparinization).

ج ـ آنتی‌بیوتیک به منظور جلوگیری از عفونت ثانویه.

آنفلوآنزا یا گریپ

(آنفلوآنزا Influenzae) یا گریپ بیماری مُسری و عفونتی است که به صورت اپیدمی بزرگ و یا کوچک بروز می‌نماید. عامل آن یک نوع ویروس فیلتران (صافی گذر) است.

گریپ را از دیر زمان می‌شناسند و تاکنون چندین فراگیری بزرگ در دنیا (پاندمی) دیده شده که باعث تلفات زیاد گردیده است.

بروز گریپ به شکل پاندمی تحت اصول و قواعدی نیست و هر چند سال و بدون اینکه ارتباطی به فصول و یا سایر عوامل داشته باشد، بیماری ظاهر می‌گردد.

اپیدمی گریپ ناگهانی شروع می‌شود و با سرعت فوق‌العاده‌ای انتشار می‌یابد. در فاصلهٔ بین شیوع وسیع، بیماری گریپ مخصوصاً در فصل سرما و مرطوب بروز می‌نماید و به شکل اپیدمی کوچک و یا به صورت پراکنده دیده می‌شود و سرعت انتشار آن کمتر از شکل وسیع است.

عامل بیماری گریپ

در ۱۹۱۲ دانشمندی به‌نام «پففر»، در خلط مبتلایان به بیماری گریپ و در احشای آنان میکربی به شکل (باسیل کوکو Cocco bacille) که رنگ کرم نمی‌گرفت مشاهده نمود و آن را عامل بیماری دانست و چون خون برای محیط کشت آن لازم بود، لذا آن را (هموفیلوس Hemophilus) نامید. ولی در نتیجهٔ مطالعات بعدی معلوم شد که میکروب پففر علت بیماری نیست و عامل گریپ یک نوع ویروس فیلتران (صافی‌گذر) است.

در ماه اوت ۱۹۱۸ «سلتر» ترشحات بینی و گلوی بیمار مبتلا به گریپ را از صافی مخصوص گذراند و سپس از راه استنشاق در شخص سالم بیماری را تولید نمود. بدین ترتیب ثابت شد که ویروس گریپ در ترشحات بینی و حلق و خلط و خون بیماران وجود دارد.

در اپیدمی گریپ لندن به سال ۱۹۳۳ «ویلسون اسمیت» و یارانش ثابت نمودند که موش سفید نسبت به گریپ حساس است و توانستند اولین سوش ویروس گریپ را مجزّا نمایند. در خوک نوعی از بیماری شبیه به گریپ انسانی وجود دارد که نتیجهٔ اثر یک نوع ویروس فیلتران توأم با سوش آنفلوآنزای هموفیلوسی است.

به نظر «بکلر» ویروس گریپ عامل عمدهٔ بیماری است و باعث انتشار آن می‌گردد و باسیل پففر که در خلط و ترشحات بینی ۸۰-۹۰ درصد بیماران مبتلا به گریپ دیده می‌شود، علت سختی بیماری است، ولی به عقیدهٔ «شارل نیکل» باسیل پففر و استرپتوکوک و پنوموکوک و غیره که در بیماران مبتلا به گریپ دیده می‌شود، مربوط به عفونت‌های ثانوی است.

دو نوع ویروس آنفلوآنزا وجود دارد؛ ویروس A و B که از حیث شکل و خواص آنتی‌ژن متفاوت هستند و مصونیّت متقابل نمی‌دهند و به علاوه در هر یک از این دو نوع اقسام مختلف وجود دارد.

ویروس A از ویروس B موذی‌تر است و به نظر می‌رسد ویروس A علت اپیدمی‌های بزرگ است و ویروس B، تولید اپیدمی‌های کوچک می‌نماید.

ویروس بیماری گریپ در بدن تولید آنتی‌کر (پادتن) می‌نماید. روزهای اول بیماری مقدار آنتی‌کرها در بدن کم است ولی در ابتدای دورهٔ نقاهت مقدار آن به حد اعلی می‌رسد. سپس در ظرف چند ماه رو به نقصان می‌رود. آنتی‌کرها به تنهایی تولید مصونیت نمی‌نمایند. ترشحات مخاط بینی هم دارای آنزیمی است که عمل ویروس را خنثی می‌نماید. در کل، بیماری گریپ مصونیت دائمی نمی‌دهد.

گریپ تولید (ناکُنشی Anergie) می‌کند یعنی مقاومت بدن را در مقابل عفونت‌های ثانوی کم می‌نماید. تمام افراد بدون استثنا ممکن است مبتلا به گریپ بشوند.

طرز سرایت

سرایت مستقیم است و به وسیلهٔ ترشحات بینی و حلق انجام می‌شود. ویروس در قطرات بزاق وجود دارد و در موقع حرف زدن و عطسه و سرفه کردن بیمار، شخص سالم ابتلا می‌یابد. از ابتدای شروع تا ختم تب بیماری مسری است.

تشریح مرضی

ضایعات بی‌شمار در دستگاه تنفس و احشا موجود است.

ادم، احتقان و خونریزی مشاهده می‌شود و به نظر می‌رسد که سیستم عصبی ـ نباتی تحت تأثیر ویروس گریپ قرار می‌گیرد. ضایعات فوق زمینه را برای میکروب‌های عفونت‌های ثانوی فراهم می‌آورد و لذا عوارضی مانند برونکوپنومونی و برونشیت و غیره دیده می‌شود.

علائم بیماری

ویروس گریپ در بدن تولید عوارضی می‌نماید که مختص به خود آن است، همچنین به میکروب‌های دیگر اجازهٔ فعالیت می‌دهد و در نتیجه با عوارض ثانوی توأم می‌شود.

۱ـ گریپ ساده

در این شکل عوارضی مشاهده نمی‌شود.

دورهٔ نهفتگی ۲ تا ۳ روز و گاهی ۲۴ ساعت است. شروع بیماری با تب و لرز ناگهانی همراه با سر درد و درد در ستون فقرات و کوفتگی است. تب یک مرتبه به حدود ۳۹ـ۴۰ درجه می‌رسد.

در دوران استقرار بیماری علائم زیر مشاهده می‌شود.

بیمار سر درد شدید در پیشانی و شقیقه و کوفتگی عمومی دارد. تمام عضلات بدن دردناک است.

سر گیجه و بی‌خوابی و سنگینی سر و درد در ستون فقرات بیمار را ناراحت می‌نماید.

ضعف خیلی شدید بدن را فرا می‌گیرد و بیمار قادر به هیچ گونه عمل و اقدامی نیست.

تب در حدود ۳۹ تا ۴۰ درجه وگاهی بالاتر است و با مختصر نوسانی ادامه دارد. نبض تند و فشارخون پایین است. گاهی تبخال مشاهده می‌شود.

حالت نزله (التهاب غشای مخاطی) در چشم و بینی و قسمت فوقانی دستگاه تنفسی ظاهر می‌گردد.

ترشحات بینی، پس از چندی چرکی می‌شود و بیمار عطسه دارد. سوراخ‌های بینی

قرمز و متورم است.

اشک‌ریزی از چشم و ترس از نور و مختصر تورمی در پلک‌ها دیده می‌شود.

لوزه‌ها و زبان کوچک و بدنهٔ خلفی حلق قرمز است و گاهی دشواری در بلع وجود دارد.

به علت تورم حنجره و نای، بیمار حس خارش و درد و سوزش در حنجره دارد. صدا تغییر می‌کند و سرفه‌های پی در پی، خشک و دردناک بیمار را ناراحت می‌نماید.

تورم برونش‌ها همراه با نفس‌تنگی و خلط موکوسی ـ چرکی است و گاهی رگهٔ خون دارد.

زبان باردار و دهان تلخ و بی‌اشتهایی کامل است، گاهی در ابتدای بیماری یک یا دو مرتبه استفراغ دست می‌دهد، یبوست وجود دارد.

مقدار ادرار کم و پُر رنگ است و اوروبیلین (رنگدانهٔ قهوه‌ای) دارد و گاهی آلبومین مشاهده می‌شود.

کبد طبیعی و گاهی طحال قابل دقت است.

گاهی خون‌دماغ عارض می‌شود و در زنان قاعدگی جلو می‌افتد.

امتحان خون، کاهش تعداد گویچه‌های سفید خون و مونونوکلئوز نشان می‌دهد. گاهی لوکوسیتوز و پولی‌نوکلئوز مشاهده می‌گردد.

سیر بیماری

تب در حدود دو الی سه روز ادامه دارد. گاهی یک مرتبه با عرق و ادرار زیاد قطع می‌شود و گاهی به تدریج پایین می‌آید.

در علائم عمومی و حالت نزله تخفیف حاصل می‌شود و بیمار وارد دورهٔ نقاهت می‌گردد که بسیار طولانی است. خستگی و بی‌اشتهایی و کم‌خوابی ادامه دارد و بیمار باید تا مدتی استراحت کامل بنماید.

برحسب اینکه علائم عصبی، شدت داشته باشد اشکال عصبی و نزله مشاهده خواهد شد. گاهی گریپ خیلی خفیف است (Grippe Attenuee) و بیمار مختصر کوفتگی دارد. تب کم است و دردهای سبک و نزلهٔ بینی و دستگاه تنفس خفیف و یا اصلاً وجود ندارد. به طوری که بیمار به کار خود ادامه می‌دهد. این حالت بسیار خطرناک است، زیرا باعث

اشاعهٔ بیماری می‌گردد.

۲ـ گریپ همراه با عوارض ریوی

عوارض ریوی گریپ علت عمدهٔ تلفات است و مربوط به عفونت‌های ثانوی می‌باشد. ولی ویروس گریپ در تولید ادم ریه نقش عمده را داراست. عوارض در روز چهارم تا دهم بیماری ظاهر می‌گردد و در بین اشخاصی که به شکل اجتماع زندگانی مـی‌کنند، بـهتر دیده می‌شود و اقسام مختلف دارد:

الف ـ در شکل خفیف برونشیت یا کنژستیون (احتقان) ریه مشاهده می‌شود.

برونشیت گریپال در دنبالهٔ نزلهٔ بینی و حلق دیده می‌شود. خلط موکوسی ـ چرکی و گاهی همراه با خون است. در سینه رال‌های برونشیت شنیده می‌شود و ممکن است چند هفته بیماری طولانی شود.

احتقان ریه کانون‌های متعدد دارد و گاهی همراه با ترشح پردهٔ جنب است و گـاهی (پنومونی همراه با طحالی شدن بافت ریه Spleno - Pneumonie) مشاهده می‌شود.

ب ـ در اشکـال شـدید بـیشتر بـرونکوپنومونی دیـده مـی‌شود کـه قـبل از کشـف آنتی‌بیوتیک‌ها باعث تلفات زیاد می‌گردید. ممکن است در روزهای ۴ تا ۶ بیماری و یا در دورهٔ نقاهت بروز کند. تب ناگهان بالا می‌رود و به ۴۰ درجه می‌رسد و شکل (V grippal) را دارد.

لرز و تنفس سریع ظاهر می‌شود. حالت عمومی بد و خلط چرکی است و گاهی رگهٔ خون دارد.

گاهی در نتیجهٔ خفقان همراه با نارسایی قلب و یا (عفونت زَهری Toxi - infecion) بیمار در می‌گذرد.

گاهی بعد از ۱۵ـ۲۰ روز علائم تخفیف می‌یابد و مریض بهبود حاصل می‌نماید ولی دورهٔ نقاهت طولانی است.

گاهی برونکوپنومونی به چرک می‌نشیند و بیماری به شکل شبه سلی در مـی‌آید و ممکن است در نتیجهٔ اِدِم (خیز) ریه و یا نارسایی قلب و یا هموپتیزی، مرگ فرا رسد.

ج ـ در (گریپ بدخیم Gripppe hypertoxique)، علائم مسمومیت شدید است. چهره خاکستری رنگ و کبود است. بیمار هذیان و اضطراب دارد. فشار خون پایین و نبض تند است. اورهٔ خون بالا و مقدار ادرار کم و قدری آلبومین دارد. زبان کبابی است. در امتحان ریه علامتی شنیده نمی‌شود. ولی در کالبدشکافی کانون‌های برونکوپنومونی مشاهده می‌شود.

اِدِم حاد ریه در نتیجهٔ گریپ ناگهانی شروع می‌شود و اغلب منجر به مرگ می‌گردد.

خونریزی ریوی در دنبالهٔ آتلکتازی (اتساع نیافتن کامل ریه) و یا انفارکتوس و آمفیزم مشاهده می‌شود.

۵ ـ پلورزی به شکل (سرمی ـ فیبرینی Sero - fibrineuse) و یا چرکی در نتیجهٔ عفونت‌های ثانوی (پنوموکوک ـ استرپتوکوک) است.

عوارض گریپ

۱ـ عوارض قلبی

در گریپ بدخیم و برونکوپنومونی عوارض قلبی علت عمدهٔ تلفات است. ولی ممکن است در دنبالهٔ گریپ ساده هم عوارض قلبی بروز کند. نبض ناگهان تند می‌شود (۱۲۰ تا ۱۴۰ ضربان در دقیقه) نرم و ریز و نامتساوی و غیر منظم است. صداهای قلب ضعیف و گاهی ریتم گالوپ شنیده می‌شود و فشارخون پایین است. بیمار مضطرب است و در اطراف قلب درد حس می‌کند.

دست و پا کبود است و ممکن است بیمار در نتیجهٔ کلاپس و یا سنکوپ بمیرد. علت عوارض قلب ضایعات سیستم عصبی ـ نباتی قلب و عروق است.

آندوکاردیت در نتیجهٔ عفونت‌های ثانوی (پنوموکوک ـ استرپتوکوک) نادر است. پریکادیت خشک یا خونی و یا چرکی دیده می‌شود. تورم ورید و شرایین نادر است.

۲ـ عوارض عصبی

گریپ سخت همیشه همراه با خستگی مفرط و حالت فروماندگی است. گاهی اختلالات مهم‌تر و شدیدتر می‌شود.

الف ـ اختلالات روحی به شکل هذیان ملایم و یا شدید است که گاهی با توهّم همراه است.

در دورهٔ نقاهت اختلالات روحی به شکل افسردگی است که با وجود طولانی‌بودن عاقبت آن خوب می‌باشد.

ب ـ مننژیت چرکی استرپتوکوک و یا پنوموکوک دیده می‌شود. گاهی واکنش مننژها در نتیجهٔ مسمومیت است (Meningite toxique). مایع نخاع روشن دارای پولی‌نوکلئر و مونونوکلئر سالم است.

گاهی فلج اعصاب نخاعی و فلج یک عصب و یا فقط درد عصب مشاهده می‌شود.

۳ـ عوارض دستگاه هاضمه

گاهی عوارض جهاز هاضمه شدید است و بیماری به شکل‌های معده‌ای و روده‌ای ظاهر می‌گردد.

شکل معدی ـ با استفراغ زیاد و حال تهوّع و یبوست همراه است.

شکل روده‌ای ـ با اسهال زرد رنگ متعفن و نفخ شکم و درد شروع می‌شود. حالت عمومی سخت و زبان خشک است. گاهی خونریزی روده وجود دارد.

شکل وبایی و (دیسانتری Dysentery) گریپ نادر است.

۴ـ عوارض گوش و حلق و بینی

سینوزیت زیاد است. عوارض گوش در حین بیماری و یا در دوران نقاهت ظاهر می‌گردد. گوش میانی چرک دارد و اگر به موقع درمان نشود، ممکن است باعث ماستوئیدیت، مننژیت، فله‌بیت (التهاب سیاهرگ) یا لختهٔ سینوس‌ها و دمل مغز بشود.

عوارض حنجره به شکل لارنژیت، زخم یا نکروز (از بین‌رفتن بافت) در کودکان دیده می‌شود و گاهی با خُنّاق اشتباه می‌گردد.

ممکن است گریپ در سایر دستگاه‌های بدن تولید عوارض بنماید که تقریباً نادر است.

در ادرار آلبومین دیده می‌شود و گاهی همراه با ازوتمی است.

گریپ در چشم، ورم ملتحمه، ورم قرنیه، ورم عنبیه و یا خونریزی در شبکیه و یا تورم عصب باصره تولید می‌نماید.

گاهی (استئومیلیت Osteomyelite) و (پریوستیت Periostite) و یا درد مفاصل دیده می‌شود.

گاهی در جلد بثورات مختلف و یا پورپورا (قرمزی پوست ناشی از خونریزی داخل بافت) مشاهده می‌گردد.

ممکن است در دوران نقاهت موهای سر بریزد ولی دوباره می‌روید.

گریپ باعث بروز سل خفته می‌شود. گاهی به شکل سل ریوی و یا پلورزی سروفیبرینوز و یا مننژیت سلی در دورهٔ نقاهت ظاهر می‌گردد.

در زن حامله گریپ سخت است و در ۵۰٪ اوقات باعث تلفات می‌شود. مخصوصاً در سه ماه آخر حمل.

در شیرخواران گریپ به شکل ریوی و یا شکل لارنژه (حنجره‌ای) و یا به شکل عصبی همراه با تب زیاد و تشنج دیده می‌شود و گاهی اسهال شدید است.

در اطفال گریپ خفیف است ولی مننژیت و گوش درد زیاد دیده می‌شود.

گریپ در پیران به علت عوارض ریوی و ضعف شدید، خیلی خطرناک است.

گاهی گریپ علت آلرژیک ارثی دارد که با التهاب ریه‌ها (ذات‌الریه) همراه است.

تشخیص افتراقی

در ابتدا تشخیص بیماری مشکل است. زیرا اغلب علائم بالینی گریپ را در سایر امراض عفونی مشاهده می‌نمایند. اما اگر به صورت اپیدمی بروز کرد، تشخیص آسان خواهد شد.

به علت نزلهٔ بینی و چشم، با شروع سرخک ممکن است اشتباه کرد. با آبله به علت سردرد و درد تیرهٔ پشت، با روماتیسم حاد به علت دردهای شدید پاها و با تیفوس به علت کاهش توانایی اشتباه می‌شود. ولی سیر مرض پزشک را راهنمایی خواهد کرد.

در شکل گاستروآنفلوآنزا با تیفوئید (حصبه) اشتباه می‌شود. ولی دوران کوتاه بیماری

و آزمایش‌های لابراتوری به تشخیص کمک می‌نماید. گاهی با بعضی از امراض از قبیل اسپروکتوز خونی و یرقان یا تب سه روزه اشتباه شده است.

ولی این بیماری‌ها علائم خاصی دارند که بعداً شرح خواهم داد و با دانستن آن تشخیص آسان می‌شود.

تشخیص لابراتواری

آزمایش‌های لابراتوار گاهی کمک به تشخیص بیماری می‌نماید.

۱ـ ترشحات بینی و حلق را به موش خرما تزریق می‌کنند که تولید بیماری می‌شود و یا ویروس را در تخم‌مرغ کِشت می‌دهند.

(هم‌چسبی Agglutination) گلبول‌های قرمز جوجه به وسیلهٔ ویروس گریپ با حضور سرم بیمار مبتلا به گریپ انجام نمی‌شود (واکنش Hirst).

پیشگیری

بیماران را باید مجزا کرد و هر یک را در اطاق تنها بستری نمود. تمام اشیا و لوازم ضدعفونی می‌شود. پزشک و پرستار و اطرافیان بیمار مراقبت کامل در ضدعفونی نمودن بینی و دهان و دست خود خواهند نمود. از حضور در اجتماعات مانند سینما و تئاتر و مهمانی خودداری می‌شود.

واکسن گریپ بسیار مفید است و طرز استعمال آن به قرار زیر است:

واکسن مخلوطی از ویروس‌های A و B است که قوهٔ آن را با فرمول به نسبت $\frac{۱}{۲۰۰۰}$ کم کرده‌اند.

یک تزریق ۱CC تحت جلدی کافی است. یک هفته بعد از تزریق اثر پیشگیری واکسن در بدن ظاهر می‌شود. مصونیت سه الی چهار ماه و گاهی تا یک سال باقی است. بهتر است در مواقع شیوع همگانی، مجدداً واکسن را تزریق کرد.

بعضی از پزشکان سرم ناقهین را به طور استنشاق تجویز کرده‌اند و از بروز بیماری جلوگیری شده است ولی هنوز آمار کافی برای صحت این روش در دست نیست.

درمان

بیمار در اطاق جداگانه بستری می‌شود. رژیم غذایی در دوران تب مایعات خواهد بود. دهان و بینی را ضدعفونی می‌نمایند. برای تسکین سردرد و سایر دردها آسپرین و آنتی‌پیرین تجویز می‌شود.

شربت تود مخلوط با استات دامونیاک در دوران تب برای تقویت مفید است. بعد از ختم تب استرکنین تجویز می‌شود.

برای جلوگیری از بروز ضایعات ریوی و عفونت‌های ثانوی و درمان آن ترکیبات سولفامیده و آنتی‌بیوتیک‌ها را به کار می‌برند.

داروهای مقوّی قلب از قبیل کامفر، آدرنالین و غیره تجویز می‌شود.

در صورتی که علائم عصبی شدید باشد، برموروکلرال مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در مقابل گریپ مسلح شوید

دستگاه و مجاری تنفسی ما (بینی، سینوس، گوش، حنجره، نای و شُش‌ها) که در معرض تغییرات آب و هوایی از قبیل سرما و مه قرار دارند، به وسیلهٔ بیماری‌های گوناگون تهدید می‌شوند. زکام، سینوزیت، التهاب نای (تراشئیت)، آنژین، اوتیت یا ورم گوش، برونشیت و سینه پهلو از این گروه بیماری‌ها هستند.

گریپ

تب بسیار شدید، آغشته شدن دست‌ها و پشت به عرق، درد و گرفتگی در بازوان و پاها، سردرد ممتد و خستگی خیلی زیاد از علائم بیماری گریپ هستند. به علت وجود این علائم شما نزد پزشک می‌روید و باید گفت که بهترین و صحیح‌ترین کار را انجام می‌دهید. زیرا گریپ واقعی بیماری ساده‌ای نیست که خود بتوانیم درمانش سازیم. همیشه باید به خاطر داشته باشیم که گریپ می‌تواند خیلی سریع تغییر حالت داده و به صورت وخیم‌تری مثلاً به صورت سینه پهلو و ناراحتی نای، برنکوپنومونی و یا گریپ بدخیم و همچنین نزد افراد مسن به صورت نارسایی و ناتوانی قلبی تغییر شکل بدهد.

در صورت ابتلا به گریپ می‌توانید ویتامین C زیاد میل نمایید. (متوجه باشید که عصبانی کننده است) ویتامین C تجویز شده به وسیلهٔ پزشکان می‌تواند از طریق

میوه‌هایی مانند، پرتقال، گریپ‌فروت، نارنگی و لیمو به بدن برسد. این ویتامین به سازوارهٔ بدن شما قدرت واقعی مقاومت را می‌دهد و شما می‌توانید از این میوه‌ها هر قدر که می‌خواهید میل کنید.

پزشک داروی ضد احتقان و یا آنتی‌بیوتیک تجویز می‌نماید. همین طور قطرهٔ بینی و غِرغِره کردن آب‌نمک‌را فراموش نفرمایید؛ زیرا، با ضدعفونی کردن بینی و گلو، خواهید توانست در مقابل وخیم‌ترشدن این بیماری ایستادگی نمایید.

برونشیت

سرفهٔ خشک و سختی که گلو را اذیت می‌کند. تب ۳۸/۵، زکام شدید.

نشانه‌های مختلفی برای برونشیت وجود دارد مانند سرفه و دفع خلط سینه که سرما، رطوبت، گرد و خاک و دخانیات امکان ابتلای به آن را فراهم می‌سازد.

تب علامت خطر است و باید پزشک را آگاه سازید. برای مراجعه به پزشک هیچ‌گاه منتظر پیداکردن نقطه‌ای دردناک یا بالارفتن و افزایش تب نشوید. هنگام داشتن تب باید در اتاق و رختخواب بمانید. غذای شما باید سبک باشد و بهتر است که رژیم بدون نمک را در این مدت رعایت کنید، همین طور مایعات فراوانی بنوشید. بخورگیاه تیول استنشاق نمایید تا در نرم‌کردن مخاط تحریک شدهٔ بینی مُؤثّر واقع شود و نیز از کرم یا پماد استفاده نمایید.

بدون نظر پزشک هیچ‌گاه از آرام‌بخش‌ها و مسکن‌های سرفه استفاده نکنید. سرفه در حقیقت عکس‌العمل دفاعی بدن در هنگام برونشیت است که سبب رانده شدن خلط عفونی و میکروب‌دار می‌گردد. اغلب در این موارد باید از خلط‌آورها استفاده نمود. زمانی که سرفهٔ شما نرم‌تر و از درد آن کاسته شود، تب از بین خواهد رفت و شما تقریباً بهبود یافته‌اید. خودتان را خوب بپوشانید و از اینکه دوباره مبتلا شوید، جداً اجتناب نمایید. برونشیت فصلی بیماری بسیار مهمی نیست، ولی برونشیت مزمن باعث ضعف و سستی بدن می‌گردد.

سینه‌پهلو

اگر مبتلا به سینه پهلو شده‌اید، حتماً علامت‌ها و نشانه‌های فراوانی را نادیده

گرفته‌اید که این اصلاً صحیح نیست. این عفونت شُشی می‌تواند در اثر میکروبی خارجی ایجاد گردد و یا میزبان‌های معمولی که در اثر سرمای ناگهانی به صورت ویروس درآمده‌اند، می‌توانند منشأ آن باشند.

تب بالا می‌رود و اغلب با لرز همراه است. گاهی درد ناحیهٔ قفسهٔ سینه نیز وجود دارد. در انتهای دنده‌ها درد احساس می‌شود. تنفس و راندن خلط دشوار است. در این هنگام هرگز خود به درمان نپردازید و حتماً نزد پزشک بروید. پزشک آزمایش‌های میکروب‌شناسی بسیار دقیق و وسیعی انجام خواهد داد تا روشن گردد آیا بیماری وخیم و خطرناکی مانند سل وجود دارد یا نه؟ آزمایش خلط دهان، نوع میکروب و در نتیجه نوع بیماری را روشن می‌سازد. آزمایش نشان خواهد داد که میکروب موجود به چه نوع آنتی‌بیوتیک حساس است. از طرفی دیگر رادیوگرافی به طریق دیگر، مکان چرک و عفونت را نشان خواهد داد. پزشک به داروهای ضدسرفه، ضد میکروب و ضد تب، آنتی‌بیوتیک نیز اضافه نموده، تجویز خواهد کرد؛ زیرا سینه پهلو با درمانی ساده بهبودپذیر نیست.

آنژین

تب شدید است. احساس می‌کنید که گلویتان در میان گیره‌ای فشرده شده است و واقعاً ناراحت هستید. ضمن نگاه کردن به انتهای گلو متوجه خواهید شد که سرخ و قرمز شده است و روی لوزه‌ها را نقاط سفید کوچکی پوشانده است. این لکه‌های سفید از نوع استرپتوکوک‌ها هستند. اگر سرخی گلویتان انتشار پیدا کرده و با زکام، سرفه و گرفتگی صدا توأم باشد، از نوع ویروسی خواهد بود. پزشک صلاح خواهد دید که زود رختخواب را ترک نگویید؛ با دقت به نصایح او گوش دهید. آب‌نمک غِرغِره کنید. قطرهٔ بینی را فراموش نکنید و از آنتی بیوتیک‌های کورتیکوئید که راه درمان است، استفاده نمایید.

مایعات زیاد بنوشید، زیرا آنژین برای کلیه‌ها خطری بزرگ به حساب می‌آید. اگر میل به غذا دارید، می‌توانید از غذاهای نرم میل نمایید. اگر در گردن شما غده وجود دارد و یا در مفاصل و کلیه‌ها احساس تیرکشیدگی می‌کنید و یا تبتان پایین نمی‌آید، دوباره پیش طبیب بروید. زیرا اینها نشانه‌هایی است که قبل از بروز برخی از بیماری‌های وخیم‌تر

مانند بیماری‌های عفونتی کودکان ظاهر می‌گردد؛ مانند، مننژیت، اوریون، سرخک، مخملک یا فلج اطفال که در این صورت دقت بسیار زیادی لازم است. هیچ‌گاه آنژین را بدون مداوا نگذارید، زیرا بیماری می‌تواند وخیم گردد (آبسه و فلگمون). ضمناً اگر آنژین چندین بار تکرار گردد، باید با دقت علائم مزمن عفونت لوزه‌ها را مورد بررسی قرار داد تا در صورت نیاز، لوزه‌ها با عمل جراحی خارج گردند.

تراشئیت یا لارنژیت (التهاب حنجره)

با سرفه‌های سخت و ناراحت کننده ظاهر می‌گردد که گاهی این سرفه‌ها می‌تواند جراحت نیز تولید کند. این بیماری می‌تواند با گرفتگی صدا همراه باشد. گاهی نیز صدا قطع می‌گردد. سخن گفتن برایتان مشکل است و اگر سعی نمایید که حرف بزنید خسته خواهید شد، زیرا دچار سرفه خواهید گشت. بهترین راه ساکت ماندن است. توسط داروها و درمان‌های ساده بهبود بسیار سریع ایجاد می‌گردد. سیگار را کنار بگذارید، زیرا طناب‌های صوتی شما به آسیب شدید دچار شده‌اند و یا حتی ممکن است ورم هم داشته باشند. از کمپرس‌های گرم بر روی گلو استفاده نمایید و از غِرغِره و داروی ضد سرفه کمک بگیرید.

پزشکتان به شما قرص‌های مکیدنی یا پاستیل خواهد داد تا گرفتگی صدای شما بهبود یابد. اگر این بیماری ادامه پیدا کند و یا سخت گردد، حتماً دوباره به پزشک مراجعه کنید. این بار آنتی‌بیوتیک‌هایی به شما خواهد داد که کاملاً بیماری شما را بهبود خواهد بخشید.

سینوزیت

عفونت مخاط سینوس را سینوزیت گویند. دماغ شما ترشح پیدا کرده و چشمانتان اشک‌آلود می‌گردد. سردردهای بسیار شدید شروع می‌شوند. دو نوع سینوزیت وجود دارد. سینوزیت پیشانی که درد در ناحیهٔ چشم‌ها و پیشانی تولید می‌کند و سینوزیت فکّی که درد در سطح گونه و بینی ایجاد می‌گردد.

سینوزیت در اثر سرماخوردگی با گریپی که مورد مراقبت واقع نشده باشد، ایجاد می‌گردد. میکروب‌ها به طرف مخاط سینوسی هجوم آورده و آنها را مبتلا می‌سازند. اگر

سینوزیت حاد باشد، با مواظبت و مداوایی بسیار سریع و مناسب می‌توانیم از آن خلاصی پیدا کنیم؛ ولی برعکس اگر خوب مراقبت نشود، دردهای دوره‌ای آغاز می‌شود که هر دفعه سخت‌تر و شدیدتر می‌گردد و بدین ترتیب به سینوزیت مزمن مبدّل می‌گردد.

مداوای سینوزیت حاد ساده است و استنشاق جوشاندهٔ تیول و سایر ضد عفونی کننده‌ها می‌تواند کافی باشد. پزشک معالجاتی موضعی را تجویز خواهد نمود، از قبیل استنشاق بخور، داروهایی که به صورت اسپری هستند و همین طور گاهی آنتی‌بیوتیک و ضد درد برای سر درد شما خواهد داد.

اگر سینوزیت مزمن گشته باشد، باید سینوس‌ها را نیشتر زد. این کار احتیاج به بی‌حسی موضعی دارد. طی عمل نیشتر زدن پزشک سوزنی را از راه مجاری بینی وارد کرده، استخوانی را که حد فاصل بینی و سینوس است سوراخ می‌کند و چرک را به وسیلهٔ سرنگی بیرون می‌کشد. سپس سینوس را به وسیلهٔ محلول آنتی‌بیوتیک شستشو می‌دهد. سینوزیت پیشانی می‌تواند به صورت مننژیت هم در بیاید؛ زیرا این سینوس‌ها با مننژ در ارتباط هستند. همین طور سینوزیت فکّی می‌تواند به فلگمون (تورم نسج زنبوری) تبدیل گردد؛ زیرا این سینوس در مجاورت ریشهٔ دندان‌هاست. این دو نوع سینوزیت می‌تواند وخیم‌تر شده و به صورت عفونت استخوان درآید که احتیاج به عمل جراحی خواهد داشت. طی این عمل قسمت‌های بیمار استخوان را حذف می‌نمایند.

زکام

آن را سرماخوردگی مغز نیز می‌نامیم. ابتدا سوزشی در دماغ احساس می‌کنید و عطسه‌های شما ناراحتی عمومی به دنبال خواهد داشت. درجهٔ حرارت بدن ۳۸ درجه است. بعد از چند ساعت ترشح بی‌رنگ بینی آغاز می‌شود و بعد از ۲۴ تا ۴۸ ساعت این ترشح چرکی می‌گردد و سپس علائم عمومی ناپدید می‌گردد. دورهٔ بهبود در ۴ تا ۸ روز آینده پدید خواهد گشت؛ ولی، این دوره می‌تواند دورهٔ وخیم‌تر شدن هم بگردد (سینوزیت، اوتیت). این نوع سرماخوردگی به وسیلهٔ درمان ساده بهبود می‌یابد. مانند استفاده از ضد التهاب، داروهای ضدعفونی‌کننده و ضد تب، در حالتی که عفونت ایجاد شود باید از آنتی‌بیوتیک استفاده نمود. هیچ گاه نگذارید که این بیماری دشوار وخیم‌تر گردد و سریع شروع به مداوا کنید.

اوتیت یا ورم گوش

تورم حاد پردهٔ صماخ و شیپور استاش، سبب می‌شود گوشتان بگیرد و دردناک شود و گاهی ترشح در آن ایجاد گردد. اوتیت می‌تواند مجزّا مانده، دورهٔ کوتاهی طی نماید و یا اینکه همراه دردهای بسیار شدید باشد و تب و کری بروز نماید. در صورتی که بیماری رو به بهبود باشد، تب پایین می‌آید و شنوایی دوباره ایجاد می‌گردد. طی سه روز پردهٔ صماخ به وضع طبیعی برمی‌گردد. اگر اوتیت را بدون مراقبت رها سازید، درد شدید، سرگیجه و کری بسیار مهمی ایجاد خواهد گشت. بدین ترتیب به صورت اوتیت حاد چرکین درخواهد آمد که می‌تواند تبدیل به ماستوئیدیت و مننژیت (سرسام) و فلج صورت و سوراخ شدگی پردهٔ صماخ گوش شود. لازم است که این بیماری را هر چه سریع‌تر مورد مراقبت و مواظبت و مداوا قرار داد تا مزمن نگردد؛ (اوتیتی که ۳ ماه از زمان آن بگذرد) ولی به هیچ حالت و به هیچ وجه نباید خودتان به مداوا بپردازید. از قطره‌ها و آنتی‌بیوتیک‌هایی که در منزل دارید استفاده ننمایید. فقط پزشک باید نوع مداوای شما را تجویز نماید. بعد از اتمام مراقبت‌ها و درمان خودتان را به یک متخصص نشان دهید تا میزان شنوایی شما را امتحان نموده و تعیین نماید آیا شنوایی شما به حد معمول رسیده یا نه؟

واکسن ضد گریپ

بیماری‌های ذکرشده اغلب دارای منشأ مشترکی هستند. این منشأ ویروس گریپ است که مخاط تنفسی را مورد حمله قرار داده، در آنجا رشد می‌نماید. برای همین است که تجویز می‌گردد قبل از آغاز زمستان برعلیه گریپ واکسینه بشویم. این واکسن نتایج خوبی خواهد داد. زیرا از ابتلا به گریپ جلوگیری کرده، در نتیجه از این تعداد بیماری‌ها در امان خواهیم بود. انواع مختلفی از ویروس گریپ موجود است. ولی هر سال انجمن جهانی بهداشت نوع ویروسی که تولید زیان و بیماری خواهد نمود را به آگاهی می‌رساند تا بدین طریق واکسن مفید و مناسب ساخته شود. زمان مناسب برای واکسیناسیون آخر تابستان در ماه شهریور است. بدین ترتیب قبل از آغاز فصل سرما زمان کافی برای ایجاد مصونیت وجود خواهد داشت. برای مصون شدن تقریباً ۲ تا ۳ هفته زمان لازم است.

آنفلوآنزا و گریپ

پروفسور «سریه» استاد انستیتو پاستور پاریس می‌گوید: «دشمن نامرئی و خطرناک بشر ویروس‌ها هستند. ساده‌ترین آنها ویروس آنفلوآنزاست که در فرانسه فقط هر سال بیش از ۱۰۰۰۰ نفر بر اثر گریپ جان خود را از دست می‌دهند.»

فعالیت ویروس‌ها در زمستان و بهار بیشتر می‌شود.

عامل اصلی سرماخوردگی، آنفلوآنزا، سرطان، تبخال و بسیاری تب‌های مجهول ویروس است.

در فصل سرما و نیز در بهار و تغییرات هوا، بیماری‌هایی در افراد به وجود می‌آید که به خاطر فعالیت ویروس‌هاست. در چنین وضعی قدرت دفاعی بدن ما کاهش می‌یابد و ویروس‌ها که در بدن ما، در دهان ما، در بینی ما وجود دارند، بر فعالیت و قدرت بیماری‌زایی آنان افزوده می‌گردد و اختلال در سلامت ما را به وجود می‌آورند که همان سرماخوردگی و آنفلوآنزا باشد و در این گونه مواقع سرایت بیماری یا ویروس زیادتر می‌شود. لذا برای جلوگیری از اشاعهٔ این بیماری مضاعف و حفظ تندرستی همگان یادآوری نکاتی چند را ضروری می‌دانیم.

۱ـ از دست دادن به اشخاص بیمار یا مبتلا به سرماخوردگی خودداری فرمایید.

۲ـ چنانچه با بیمار تماس گرفته یا دست داده باشید، بهتر است فوراً با آب و صابون دست‌های خود را شستشو دهید.

۳ـ چنانچه دچار سرماخوردگی شدید، حتی‌الامکان استراحت نموده، از تماس با دیگران بپرهیزید.

۴ـ از سرما و هوای سرد خودتان را حفظ کنید، به خصوص سرمای مرطوب.

۵ـ از خستگی و کار زیاد بپرهیزید. چون نیروی دفاعی شما را از بین می‌برد و آمادهٔ بیماری می‌سازد.

۶ـ هر وقت حس کردید مبتلا به زکام شده‌اید، فوراً اقدام به درمان نمایید.

۷ـ هنگام خروج از اطاق بسیار گرم جلوی بینی خود را با دستمالی بگیرید.

۸ـ هنگامی که اولین نشانهٔ سرماخوردگی و یا خارش و سوزش در گلو حس کردید،

چنانکه دسترسی به دارو و پزشک ندارید، با آب ولرم یا آب ولرم و جوش شیرین غِرغِره نمایید.

۹ـ هنگام احساس خستگی یا سرماخوردگی چای گرم و شیرین به مقدار زیاد بنوشید.

۱۰ـ مواظب بینی و نظافت آن باشید. چون یکی از راه‌های ورود میکروب، بینی است. با مواد ضد عفونی و قطره‌های بینی جلوی سرماخوردگی را بگیرید.

۱۱ـ مرتب بودن دستگاه گوارش شما را از ابتلا به بیماری مصون می‌دارد، در این مورد توجه بفرمایید.

۱۲ـ هر روز لااقل یک ساعت از هوای آزاد استفاده کنید ولو هر چقدر سرد باشد.

ایستادن قلب
(CARDIC ARREST)

در شرایطی که یک پزشک جوان، با شخصی دچار ایست قلبی مواجه می‌شود، سرعت عمل، حفظ آرامش و تصمیم‌گیری و تفکر و تحقیق، بسیار ضروری است. البته، برای کسی که اولین بار با این مشکل رو به رو شده است، این مسئله چندان ساده نیست. اساس درمان، بستگی دارد به محلی که بیمار به آنجا آورده می‌شود و همچنین وسایل و لوازمی که باید برای مقابله با پیشامد غیرقابل پیش‌بینی و ناگهانی، آماده باشد. بنابراین پزشک جوان برای مواجه شدن با بیمار دچار ایست قلبی و درمان وی، باید این نکات را رعایت بکند:

۱ـ با تشکیلات بیمارستان آشنایی داشته باشد و بداند که آیا در آنجا تیم متخصص قلب و پرسنل ورزیدهٔ پزشکی وجود دارد یا نه؟ و اگر هست، چه کسانی می‌باشند؟ پزشک باید بداند که چگونه می‌توان به این تیم اطلاع داد، و همچنین وسایل و لوازم مورد احتیاج در کجا قرار دارند و از نظر کارکردنِ صحیح و سالم بودن و تکمیل وسایل چه کسی مسئول کنترل است.

۲ـ به چگونگی طرز کار لوازم به خوبی آشنا بوده و به خصوص در مورد کار با فیبریلاتور آشنایی کامل داشته باشد.

۳ـ مطمئن باشد که در صورت لزوم، به خوبی قادر به گذاشتن لولهٔ اندوتراکئال است و چنانچه نسبت به کارش در این مورد اعتماد ندارد، بهتر است با یک متخصص بیهوشی در این باره صحبت بکند.

شرح این نکات از آنجا ضروری است که هر یک می‌تواند تعیین کنندهٔ مرگ یا زندگی باشد.

علت

ایستادن ناگهانی قلب به‌طور غیر منتظره در بیمارستان، اغلب در نتیجهٔ عوارض انفارکتوس حاد میوکارد است. و بقیهٔ علل در مورد ایستادن قلب عبارت‌اند از: هیپوکسمی به هر دلیل، داروهای کاردیوتوکسیک (شامل داروهای بیهوشی نیز هست)، اختلالات الکترولیت، افزایش ترشح کاته‌کولامین‌ها و یا حساسیت به کاته‌کولامین‌ها و افزایش فعالیت واگ.

تشخیص

معمولاً تشخیص با این علائم است: از دست دادن هوشیاری به طور ناگهانی، همراه با ظاهری شبیه مرده و به خصوص اگر نبض در یک شریان بزرگ (کاروتید، فمورال) غیر قابل لمس باشد. در چنین شرایطی، سمع قلب، معمولاً اتلاف وقت است و تغییرات مردمک، یک علامت دیررس است که در آخرین مرحلهٔ زندگی به وجود می‌آید.

درمان

اساس درمان عبارت است از:

۱ـ توسط ماساژ قلب و تنفس مصنوعی، باعث ایجاد گردش خون مملو از اکسیژن در شخص گشت.

۲ـ تعیین اختلال ریتم قلب، که بر حسب تجربه، معمولاً فیبریلاسیون بطنی یا آسیستول است.

۳ـ برقراری ضربان خود به خود قلب، و در محلی که امکان‌پذیر است، درمان علت ایستادن قلب.

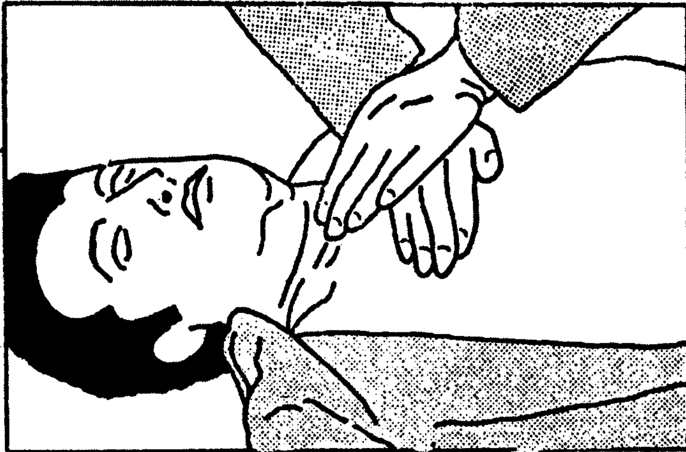
۱ـ برقراری جریان گردش خون غنی از اکسیژن به طور مُؤثّر

الف ـ بیمار باید روی یک سطح سفت، به پشت دراز بکشد. در این مورد می‌توان از کف زمین استفاده کرد و یا بیمار را روی تخته‌های محکم زیر تُشَک گذاشت.

ب ـ از باز بودن مجاری هوایی باید اطمینان داشت و هر نوع جسم سخت و دیگر اجسام خارجی را از راه‌های هوایی خارج نمود و از عقب افتادن زبان جلوگیری کرد.

ج ـ روی وسط جناغ قفسهٔ سینه، محکم فشار آورد، که این عمل در موارد معدودی باعث برگشتن ضربان قلب می‌گردد.

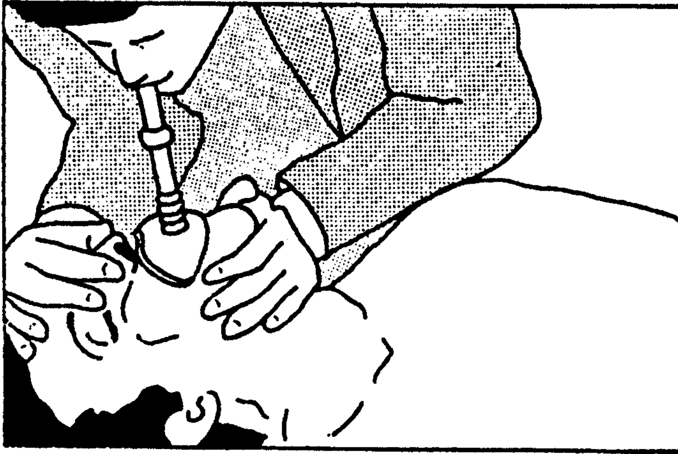
د ـ چنانچه عمل فوق با شکست رو به رو شد، ماساژ خارج قلبی و تنفس مصنوعی شروع می‌شود. روش ماساژ خارج قلبی را از طریق دیدن و تجربه، خیلی بهتر می‌توان یاد گرفت. ولی ضرورتاً، کف یک دست روی وسط جناغ سینه قرار داده می‌شود و کف دست دیگر روی آن قرار می‌گیرد و با سرعت ۸۰-۱۰۰ بار فشار در دقیقه، روی جناغ فشار وارد آورده می‌شود (شکل ۱).



شکل ۱ـ ماساژ خارج قلبی، طرز قرار گرفتن دست‌ها

این کار بسیار خسته‌کننده است، و چنانچه دستیاری وجود داشته باشد، بهتر است هر چند دقیقه یک بار، یک نفر این کار را انجام بدهد و بعد دیگری این کار را بکند. تنفس مصنوعی، باید توسط روش دهان به دهان شروع شود، ولی برحسب سلیقه، لولهٔ Brook ترجیح داده می‌شود.

نکات ضروری که باید به خاطر داشت، این است که چانه بالا نگه داشته شود، گردن در حالت اکستانسیون (کشش) باشد و سوراخ‌های بینی را بسته نگه داشت (شکل ۲).



شکل ۲ـ تنفس مصنوعی با استفاده از لولهٔ Brook، سوراخ‌های بینی بسته، گردن در حالت اکستانسیون و چانه بالا برده شده است.

راه دیگر این است که می‌توان توسط یک کیسهٔ باد کرده و یا از طریق یک ماسک صورت در ریه‌ها دمید. در خلال این مرحله، برای کمک‌های اضافهٔ طبی و دستیاری و پرستاری، هر کاری را که می‌توان باید انجام داد که این مسئله از ارزش زیادی برخوردار است.

هـ ـ پس از اینکه طبق روش‌های ذکر شده شرایط تحت کنترل درآمد، باید لولهٔ اندوتراکئال گذاشته شود که باعث می‌شود تنفس، خیلی راحت‌تر و اصولی‌تر انجام بگیرد.

و ـ باید اسیدوز متابولیکی را که به هر حال در این مرحله به وجود می‌آید، از طریق انفوزیون بی‌کربنات سدیم تصحیح نمود. دوز اولیه ۵۰-۱۰۰ میلی اکی والان (mmol) می‌باشد. به عنوان مثال، ۵۰-۱۰۰ میلی لیتر از محلول ۸/۴٪ معمولاً کافی است. ولی اگر ریتم قلب، مشکل به ریتم سینوسی تبدیل شود، ممکن است لازم شود که هر چند دقیقه یک بار این محلول تجدید شود.

۲ـ تشخیص و تعیین اختلال ریتم

این کار را خیلی راحت می‌توان با مطالعهٔ سریع اسیلوسکوپ و یا نوار الکتروکاردیوگرام انجام داد. معمولاً فیبریلاسیون بطنی دیده می‌شود، ولی اغلب آسیستول است که بسیار کشنده می‌باشد.

۳ـ برقراری ضربان قلب به صورت طبیعی و خود به خود

چگونگی تأمین ضربان قلب، برحسب فیبریلاسیون و یا آسیستول متفاوت است.

الف ـ فیبریلاسیون بطنی

درمان قطعی فیبریلاسیون بطنی، شوک قلبی با جریان مستقیم است. ابتدا باید با ۴۰۰ ژول شروع کرد. اگر این مقدار کافی بود، دیگر مقادیر بیشتری لازم نیست ولی اغلب باید به دنبال این کار، برای افزایش غلظت اکسیژن تنفسی و یا درمان اِدِم مغزی، مقدار ۱۰۰ میلی لیتر مانیتول ۱۰٪ به صورت انفوزیون داخل وریدی داده شود و سپس ۸ میلی گرم دگزامتازون داده می‌شود.

چنانچه کوشش اولیه برای فیبریلاسیون با موفقیت رو به رو نشد، باید ماساژ خارجی و تنفس مصنوعی ادامه یابد و بعداً ۵۰-۱۰۰ میلی لیتر بی‌کربنات داده بشود. اگر فیبریلاسیون بطنی هنوز ادامه داشت، اثر ۱۰ میلی لیتر محلول آدرنالین ۱/۱۰۰۰ داخل وریدی با ارزش است و به دنبال آن، مجدداً یک شوک قلبی دیگر و اگر ریتم سینوسی هنوز برقرار نشده است، باید ۱۰۰ میلی‌گرم لیگنوکائین داخل وریدی داده شود. البته علی‌رغم همهٔ این کارها، امکان دارد نتوان موفق به برقراری ضربان خود به خود قلب گردید.

پس از فیبریلاسیون موفقیت‌آمیز برای جلوگیری از عود مجدد فیبریلاسیون باید قطرهٔ لیگنوکائین شروع بشود که عبارت است از انفوزیون محلول ۰/۲ درصد با سرعت ۱۰ تا ۱۵ قطره در دقیقه. (ترجیحاً با شمارشگر اتوماتیک، قطره کنترل شود).

ب ـ آسیستول بطنی

این مسئله معمولاً نشانگر آسیب شدید قلبی است و امید به بهبود ضعیف خواهد بود.

ابتدا باید ۱۰ میلی لیتر کلرور کلسیم ۱۰٪ داخل وریدی تزریق بشود و اگر اثری نداشت، می‌توان انفوزیون ایزوپرنالین به مقدار حداکثر ۴۰ میکروگرم در دقیقه را امتحان کرد و به محض اینکه اثری از دارو ظاهر شد، مقدار دارو کاهش داده می‌شود.

اگر هنوز هیچ اثری از دارو مشاهده نگردید، یک تزریق داخل وریدی بی‌کربنات به مقدار ۱۰۰-۵۰ میلی اکی والان (mmol) انجام می‌شود و ماساژ قلب و تنفس مصنوعی ادامه می‌یابد تا اینکه الکترود محرک ضربان Pre - Venous، گذاشته شود. این کار، خارج از مراکز تخصصی، به ندرت انجام پذیر است و اگر هم انجام شود به ندرت مُؤثّر است.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ ایستادن قلب، از عوارض خیلی شایع انفارکتوس حاد میوکارد است.

۲ـ شایع‌ترین علت آریتمی (بی‌نظمی ضربان قلب)، فیبریلاسیون بطنی است.

۳ـ اساساً، درمان شامل موارد زیر است:

الف ـ برقراری گردش خون مملو از اکسیژن از طریق ماساژ خارج قلب و تنفس مصنوعی.

ب ـ تعیین علت آریتمی.

ج ـ برقرار نمودن ضربان طبیعی قلب به وسیلهٔ روش‌هایی که شرح داده شد.

اِر ـ هاش خون

هزاران نامه از خوانندگان گرامی در ظرف چند سال به ما رسیده که پرسیده‌اند RH یا عامل (ار ـ هاش) چیست و چرا بعضی نوزادان رنگشان زرد می‌شود یا از بین می‌روند و می‌گویند به خاطر (ار ـ هاش) خون مادر است.

لذا به زبان ساده این مسئلهٔ علمی را برای همهٔ خوانندگان مخصوصاً بانوان عزیز و دوشیزگان، مادران آینده بیان می‌کنیم.

نام (ار ـ هاش) از نام میمونی به نام ریزوس گرفته شده است. (اِر ـ هاش) نام ماده‌ای است که در خون میمون مذکور بوده و در حدود ۸۰ در صد انسان‌ها این مادهٔ مخصوص در خونشان هست که می‌گویند (ار ـ هاش) مثبت و در ۲۰ درصد که نیست، می‌گویند منفی است. در بدن مادری که اِر ـ هاش خونش منفی است، اگر کودک از پدر ارث ببرد و (ار ـ هاش) مثبت داشته باشد، مادهٔ ضد آن یا آنتی ژن (ار ـ هاش) به وجود می‌آید و از طریق جفت که خون مادر و جنین مخلوط می‌شود، موجب خراب شدن و از بین رفتن گلبول‌های خون می‌شود. در نتیجه در گذشته که وسایل درمانی نبود، نوزاد از بین می‌رفت، ولی حال با تعویض خون به نجات نوزاد توفیق می‌یابند. در حال حاضر متخصصین، (اِر ـ هاش) خونِ مادران باردار را با آزمایش تعیین می‌کنند و چنانچه منفی بود و با خون همسرشان مطابقت نداشت، با تزریقاتی که از ماه ششم به مادر باردار می‌کنند، نوزاد را نجات می‌دهند.

بخش دوم ـ حرف ب

بارداری و دانستنی‌های آن
برای جلوگیری از سکته و حمله‌های قلبی چه کنیم؟
بلوغ در دختران
بوی بد بدن
بند آمدن ادرار (در بالغین)
بوی بد دهان
بگذارید عرق کنید
بیماری افسردگی
بی‌اشتهایی
بی‌اشتهایی عصبی
بی‌اشتهایی روانی
بی‌اشتهایی بچه‌ها
بیماری‌های ناشی از غذاها
بی‌اختیاری ادرار کودک در شب‌ها
برفک دهان کودک
بیهوشی گذرا (فوریت پزشکی)
بی‌حوصلگی
بیماری‌های قلب
بیماری قلب و عروق و علائم آن



بارداری و دانستنی‌های آن

در دوران بارداری سرخود دارو نخورید

پروفسور «آنتوان زیرو» عضو آکادمی پزشکی فرانسه و از پزشکان معروف آن کشور، در گزارشی که تقدیم به آکادمی پزشکی فرانسه نموده، اعلام داشته است که داروهای مختلف شیمیایی که این روزها به عنوان داروهای مسکن و غیره به خورد مردم جهان داده می‌شود، در زنان باردار سبب ایجاد کودکانی ناقص‌الخلقه و عجیب الخلقه می‌گردد. وی اظهار داشته است: «این داروها در سال‌های اخیر باعث به‌وجودآمدن صدها کودک ناقص‌الخلقه شده‌اند.»

مجلهٔ «بریتیش مدیکال جنرال» چاپ انگلستان به دنبال گزارش پروفسور زیرو مقاله‌ای انتشار داده و نوشته است که یک نوع داروی مسکن که در هنگام بارداری به منظور مبارزه با گرسنگی استعمال می‌گردد، باعث ناقص‌الخلقه‌شدن کودکان می‌شود.

به عقیدهٔ پروفسور زیرو، سوفتنون و تالیدومید تنها داروهایی نیستند که سبب ایجاد کودکانی ناقص‌الخلقه می‌شوند، بلکه کلیهٔ داروهای مسکن چنانچه در بین دومین تا هشتمین هفتهٔ بارداری مصرف گردند، سبب کودکانی ناقص‌الخلقه می‌شوند. وی به این ترتیب زنگ خطر را زیر گوش زنان باردار به صدا درآورده و به آنها هشدار داده است که سر خود دارو نخورند و بدون اجازهٔ پزشک هیچ‌گونه دارویی مصرف ننمایند.

مراقبت‌های دوران بارداری

بسیاری از خانم‌های جوان که برای اولین بار حامله می‌شوند دوران آبستنی را بسیار پُر رنج و مرارت در می‌یابند و چه بسیار که به علت عدم توجه و کمیِ دقت، دچار عوارض خطرناک از جمله مسمومیت آبستنی می‌شوند. در حالی که با کمی دقت و توجه و به کار بستن دستورات پزشک یا یک قابلهٔ مجرب می‌توان از تمام ناراحتی‌ها و بلایای ممکن مصون ماند.

در خانم‌های حامله به خصوص از ماه پنجم به بعد نکتهٔ بسیار مهم و قابل توجه، وضع لباس پوشیدن است. کُرسِت سینه را باید طوری انتخاب نمود تا مناسب با افزایش حجم پستان‌ها بوده و سبب درد و ناراحتی و عوارض مخصوصی نشود و در ضمن از شُل شدن و افتادن آنها ممانعت نماید. بند جوراب به خصوص در ماه‌های آخر حاملگی باید راحت و حتی شُل باشد. چون در غیر این صورت ممکن است زن حامله دچار بیماری‌های مختلفی از جمله واریس بشود.

نکتهٔ بسیار مهم وزن خانم حامله است که باید با نظر پزشک یا قابلهٔ مجرب تحت نظر باشد. معمولاً خانم‌های آبستن در طول آبستنی حداکثر تا ۱۰ کیلوگرم چاق می‌شوند که طبیعی بوده و بیش از آن علامت خطر است.

رژیم غذایی جهت کنترل وزن و پیشگیری از مسمومیت آبستنی بسیار مهم است. این رژیم اغلب از سبزیجات خام کاملاً پاکیزه به صورت سالاد و میوه‌ها و مواد پروتئینی (شیر، پنیر، گوشت) به مقدار فراوان و مواد نشاسته‌ای و شیرینی و چربی به مقدار کم تشکیل یافته است.

در ضمن با مراجعه به پزشک باید سلامتی ریه و قلب و کلیه بررسی شود و از وضع عمومی زن حامله معاینهٔ کامل به عمل آید.

بانوان باردار!

آیا خبر دارید چرا در دوران حاملگی دندان‌های شما کرم‌خوردگی پیدا می‌کند؟

امروز روشن شده است که در ماه‌های آخر حاملگی و در ثلث اول دورهٔ شیر دادن نمودار کلسیم منفی است. مطالعه و پیگرد دانشمندان در این موضوع این نکته را مسلم کرده است که آبستنی فی نفسه نمی‌تواند عامل کرم خوردگی دندان باشد؛ بلکه، به علت مصرف زیاد کلسیم و عدم تأمین آن از راه تغذیه، کمبود کلسیم دندان‌ها به‌وجود می‌آید و در نتیجه دندان را آماده برای قبول عفونت و میکروب می‌سازد و می‌توان گفت موجب از بین رفتن مقاومت و دفاع آن می‌گردد. بنابراین توصیه می‌کنیم که بانوان باردار و شیرده با افزودن مواد معدنی به غذای خود به سلامتی و صحت دندان‌های خود بیفزایند تا در تأمین مواد غذایی و سلامتی نوزادان خود بدین وسیله توفیق یابند.

اگر مایلید دست‌های زیبا داشته باشید...

در زمستان چه باید کرد؟

خانم عزیز دست‌ها عضو فعالی هستند که گرما، سرما، آب، خاک، چربی و همه چیز باعث آلودگی آنها می‌شوند و جلوگیری از این کار هم غیرممکن است، چون خانه است و کدبانویش...

بنابراین دست‌هایتان را با این دستورات زیبا و تمیز نگه دارید.

هر شب قبل از خواب دست‌ها را خوب شسته و کِرِم بزنید. پس از آن بدین ترتیب آنها را ماساژ دهید.

از سر انگشت‌ها به طرف مچ دست مالش دهید. این کار دَه بـار تکـرار شـود. سـپس انگشت‌ها را یکی یکی به حالت فنری از نوک تا انتها ماساژ داده، این کار را برای انگشت دست در دو یا سه دقیقه محدود نمایید. پس از آن دست‌ها را مدت یکی دو دقیقه به هم بمالید تا کِرِم‌ها کاملاً جذب پوست شود.

اغلب دیده شده که در زمستان دست بعضی از خانم‌ها ترک خورده، خراب می‌شود. علاج این درد چند قطره آبلیمو و گلیسیرین و آمونیاک است که اگر مایل باشید بـرای معطّر شدن آن چند قطره هم گلاب و یا اُدکلن اضافه می‌کنید.

این محلول را هر شب به دست‌هایتان مالیده، ماساژ دهید. دقت کنید کـه هـر وقت دست‌هایتان را می‌شویید، بلافاصله خشک کنید و نگذارید با جریان هـوا خشک شـود. بعضی خانم‌ها از شکستن و بدی ناخن‌هایشان شکایت می‌کنند و تعجّبشان این است که هر چه هم کلسیم می‌خورند، اثری ندارد. به این خانم‌ها می‌گویم که همیشه بدی ناخن از کمی کلسیم نیست. شما می‌توانید هر روز یک ربع ناخن‌هایتان را در آب نمک قرار دهید و آهسته آنها را در آن به هم بمالید.

قدری یُد سفید در ظرفی ریخته، پنجه را در آن آغشته کرده و دور ناخن‌ها بـزنید و پنج، شش دقیقه نگهدارید. از آبلیمو هم به جای یُد می‌توان استفاده کرد. لاک یکی از عواملی است که از شکستن ناخن‌ها جلوگیری می‌کند. ولی در مواقع لاک زدن باید مقدار کمی از پهلوهای ناخن را ساده بگذارید تا ناخن تنفس لازم را انجام دهد و رشد خود را

بکند. اگر ناخن‌هایتان ریشه دارد آنها را قیچی نکنید. هر هفته پس از اینکه از حمام خارج شدید، آنها را با حولهٔ زِبری به عقب بزنید. هفتهٔ اوّل و دوّم نامرتب خواهد بود، ولی بعداً خوب می‌شود. اگر همان موقع پهلوی ناخن‌ها را سوهان زده و آنها را مرتب کنید، بهتر است؛ چه ناخن نرم است و راحت سوهان می‌شود. پس از آن بلافاصله کِرِم زده، ماساژ دهید. قبل از لاک زدن، چربی کِرِم را بردارید.

فراموش نکنید که همین دستورات را حتماً برای پاهایتان هم انجام دهید. چه کفش زیبا و دامن کوتاه، پای زیبا و تمیز هم می‌خواهد. کِرِم استفاده کنید تا دست‌هایتان در زمستان از دستکش خراب نشود.

بانوان عزیز، از بارداری و بچه‌دار شدن نترسید!

کسانی از عمر طولانی و نشاط جوانی بهره‌مند می‌شوند که اولاد زیادتر داشته باشند.

دانشمندان علم پزشکی و زیست‌شناسی معتقدند که نیرومندی و سرشاری امور جنسی دلیل بر قدرت حیات و درازی عمر است. ولی یک عده از دانشمندان بدون آنکه این نظریه را رد نمایند، می‌پرسند که آیا حقیقتاً این نیرومندی و سرشاری مایهٔ درازی عمر می‌گردد؟ یا برعکس افراط در آن موجب کاهش زندگی و نقصان دورهٔ حیات می‌شود؟

دانشمند بزرگ روس «متالینوکوف» هنگام مطالعهٔ زندگی بعضی از جانوران که از جهت نیروی تناسلی قوی و سرشار بودند، مانند موش‌ها زندگی آنان را کوتاه دید. این است که در مورد عقاید زیست شناسان تردید کرد. اما «میچینکوف» که از دانشمندان مشهور است، ملاحظه کرده بود که برای به وجود آوردن نسل جدید، زنان بیش از مردان بر اثر آبستنی، زایمان، شیردادن، به صرف نیرو و قدرت جسمانی می‌پردازند و با این همه عمر زنان از مردان بیشتر است.

وقتی که متالینوکوف تجربیات و نظریات میچینکوف را دید و خود نیز به نتایجی که میچینکوف رسیده بود رسید، اظهار داشت: «به طور دقیق و مسلم نمی‌توانیم بگوییم که کمی نیروی جنسی باعث درازی عمر خواهد بود.»

پس با این نظریه باید قبول کنیم که کمی نیروی جنسی و یا کمی باروری و زاییدن،

نمی‌تواند باعث درازی طول عمر و قدرت جسمانی باشد.

از طرفی مسلم و آشکار است که امر باروری در حیات زن از هر جهت نقشی عمده و بسیار مهم دارد. در هر حال تاکنون هیچ یک از متخصصین نگفته‌اند که نیرو و بُنیهٔ بانوان بر اثر کثرت زایمان از بین می‌رود و همه دیده و می‌شناسیم بانوانی را که قابلیت بسیار برای به وجود آوردن فرزند دارند که دلیل بر قدرت و نیروی زندگی در آنان است و نیز باز همهٔ ما خیلی از مردان را می‌شناسیم که دارای فرزندان زیاد و عمری طولانی بوده‌اند و بارها دیده شده مردانی در سنین بالا، حدود صد سالگی، صاحب فرزند شده‌اند و این، چیزی جز قدرت جنسی و نیروی زندگی و راز جوانی و جوان ماندن نیست.

هر چند به‌دنیا آوردن فرزند به طور کلی برای بُنیهٔ بانوان بسیار سودمند است، اما گاهی به عللی از نظر علمی نمی‌تواند سندیت داشته و دلیل قانع کننده‌ای باشد.

دانشمند بزرگ امریکایی «الکسی کارل» نیز پس از مطالعات و تحقیقات زیاد به این نتیجه رسید که جانور پستاندار (نوع ماده) تا بچه نزاید و تولید مثل ننماید، هرگز به کمال نمو خود نخواهد رسید. پس آبستنی و زایمان از مهمترین عوامل توازن زندگی در بانوان است.

از این رو دانش پزشکی نیروی جنسی و قدرت دستگاه تناسلی را برای بانوان از مهمترین عوامل حیات و نگهدارندهٔ نیروی جوانی می‌داند. پس بانوانی که می‌خواهند بدنی نیرومند داشته باشند و از جوانی و عمر دراز بهره‌مند گردند، واجب است که به امور مربوط به باردار شدن و فرزند زاییدن توجه بیشتر داشته باشند، نه مانند کسانی که از بارداری و فرزند داشتن گریزان‌اند.

بارداری و آنچه که شما باید بدانید

پاسخ هزاران سؤال شما دربارهٔ بارداری

سؤال ـ آیا در جهان کلاس‌هایی وجود دارد که برای پدران و مادران آینده مسائل دوران آبستنی را روشن کند؟

جواب ـ در اغلب نقاط گیتی این چنین کلاس‌هایی ایجاد گردیده و اغلبشان بسیار سودمند و جالب توجه است. در این کلاس‌ها تشریح، فیزیولوژی و مشکلات دوران

بارداری مورد بحث قرار می‌گیرند و روی هم رفته به تسکین بخشیدن آشفتگی‌هایی که بر اثر وحشت در بعضی اشخاص جوان به وجود آمده است، کمک می‌کنند. یادگرفتن پدران نیز به اندازهٔ آموختن زنان آبستن در این کلاس‌ها مورد اهمیت قرار دارد.

سؤال - نشانه‌های بارداری کدام‌اند؟

جواب - الف - مثبت‌ترین آنها از بین رفتن دورهٔ قاعدگی است.

ب - بزرگ شدن پستان‌ها و نازک گردیدن نوک آنها در هفته‌های اول آبستنی.

ج - افزایش دفع ادرار در هفته‌های اول آبستنی.

د - حالت تهوّع و استفراغ که به «ناراحتی‌های صبحانه» مشهور شده است و در اثنای ماه دوم شروع می‌شود. این حالات صرفاً منحصر به هنگام صبح نیست و در هر موقع از روز ممکن است اتفاق بیفتد.

هـ - بزرگ شدن شکم در اواخر دوران حاملگی.

و - بالأخره احساس حرکت جنین در شکم که به «احساس زندگی» معروف است، از ماه چهارم یا پنجم حاملگی به بعد.

سؤال - آیا این نشانه‌ها همیشه دلیل بر حاملگی است؟

جواب - خیر. پاره‌ای از این علائم ممکن است در اثر شرایط و حالات مرضی دیگر آشکار شوند. اما پیش‌بینی حاملگی به واسطهٔ وجود این علائم توأم با پیدایش اختصاصات جسمی مخصوص به سهولت میسّر می‌گردد.

سؤال - اختصاصات جسمی دورهٔ آبستنی کدام‌اند؟

جواب - الف - بزرگ شدن رحم و نرم گردیدن آن.

ب - تغییر رنگ گردن رحم (متمایل به آبی) و نرم گردیدن آن.

ج - تغییر رنگ سطح اطراف نوک پستان‌ها (متمایل به قهوه‌ای).

د - زدن قلب جنین پس از ماه چهارم یا پنجم که می‌توان با نهادن گوشی طبی روی شکم مادر آن را به خوبی تشخیص داد.

هـ - با سونوگرافی می‌توان وجود جنین را مشاهده کرد.

سؤال - چگونه قابله‌ها پس از آغاز بارداری فوراً تشخیص مثبت بر وجود حاملگی می‌دهند؟

جواب - همان طور که ذکر شد از قطع عادت ماهانه است که پس از ۴ تا ۶ هفته پس از آبستنی اتفاق می‌افتد.

سؤال - آیا قطع عادت ماهانه همیشه دلیل بر وجود آبستنی است؟

جواب - خیرا اختلالات هورمونی، امراضی که باعث نحیف شدن شخص می‌شوند، احساسات هیجانی و حالات روانی دیگر ممکن است سبب قطع‌شدن عادات ماهانهٔ زن شوند.

سؤال - آیا ممکن است در زن آبستن قاعدگی رخ بدهد؟

جواب - بلی، حتی هر خونریزی که در اوایل آبستنی اتفاق افتد و ممکن است که این حالت به سقط جنین نیز منجر شود.

سؤال - می‌توان به وسیلهٔ مصرف دارو در اوایل بارداری قاعدگی را به شخص بازگرداند؟

جواب - خیرا در دوران آبستنی حتی دارو هم نمی‌تواند ایجاد خونریزی کند؛ ولی اگر قطع قاعدگی به عللی غیر از آبستنی باشد، درمان‌های پزشکی می‌تواند خونریزی را در شخص ایجاد نماید.

سؤال - آیا تاریخچهٔ بیماری‌های یک زن آبستن در مدت حاملگی باید مشخص شود؟

جواب - بلی و این بسیار مهم است. نه تنها فقط در مورد خود زن بلکه باید بیماری‌های مهمی که افراد خانواده‌اش بدان مبتلا بوده‌اند، از قبیل مرض قند، بیماری‌های سلی و آلرژیک مورد بررسی قرار گیرند. مهم‌تر آنکه توجه به اعمال جراحی که در گذشته روی اندام‌های مختلف او از قبیل کلیه و قلب انجام گرفته است، کاملاً لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

سؤال - چرا توجه به سابقهٔ پزشکی یک حامله اهمیت دارد؟

جواب - زیرا وجود یکی از حالات نامبرده ممکن است در نحوهٔ درمان، تأثیر کرده و نتیجهٔ معالجه را تغییر دهد.

سؤال ـ عوامل مهمی که باید در زن آبستن شناخته شوند، کدام‌اند؟

جواب ـ الف ـ سابقهٔ بیماری‌های عفونی لگن.

ب ـ تاریخچهٔ نازایی.

ج ـ سن دقیق زن و همین طور شوهر او.

د ـ چگونگی وضع حمل‌های گذشتهٔ او.

سؤال ـ چه نوع معاینات بدنی باید روی یک زن آبستن صورت گیرد؟

جواب ـ علاوه بر معاینهٔ کامل او مخصوصاً در مورد ریه‌ها، پستان‌ها، شکم و لگن او، بیماری‌های مربوط به فشار خون ناشی از حاملگی نیز باید تشخیص داده شود. همچنین وزن او هر بار که نزد پزشک می‌رود، تعیین شود.

سؤال ـ امتحانات آزمایشگاهی دوران حاملگی کدام‌اند؟

جواب ـ الف ـ آزمایش کامل شمارش گلبول‌های خون.

ب ـ تجزیهٔ کامل ادرار.

ج ـ آزمایش خون جهت تشخیص بیماری سیفیلیس.

د ـ آزمایش خون جهت تشخیص نوع Rh.

هـ ـ تاباندن اشعهٔ ایکس.

سؤال ـ آیا تاباندن اشعهٔ ایکس به لگن حتماً ضروری است؟

جواب ـ خیر، این آزمایش زیاد ضروری به نظر نمی‌رسد. اما هنگامی که مشکلاتی از قبیل ندانستن حدود لگن یا شکل استخوان لگن یا نامعلوم بودن سر جنین در نقطه‌ای از لگن پیش آید، آزمایش این مسائل را روشن می‌سازد.

سؤال ـ بهترین موقع برای تاباندن اشعهٔ ایکس کدام است؟

جواب ـ درست قبل و یا به محض بیرون آمدن نوزاد از شکم.

سؤال ـ آیا زنان حامله از نظر داخلی هم می‌بایست آزمایش شوند؟

جواب ـ بلی! و هیچ‌گونه عارضه‌ای را هم پیش نمی‌آورد. غیرطبیعی بودن رحم و لوله‌های مربوط به آن، تخمدان‌ها یا استخوان لگن به وسیلهٔ یک معاینهٔ داخلی لگن به سهولت تشخیص داده می‌شوند.

سؤال ـ آیا امتحانات داخلی خطر سقط جنین به دنبال دارد؟

جواب ـ مطمئناً خیر!

سؤال ـ چرا قابله‌ها تشخیص آزمایشگاهی و بررسی‌های جسمی را بر معاینات داخلی ترجیح می‌دهند؟

جواب ـ در بعضی مواقع که شخص باردار یک بیماری خطرناک و یا سابقهٔ سقط جنین داشته باشد، یک قابله از معاینه‌های داخلی صرف‌نظر می‌کند. چون ممکن است در صورت بروز چنین حوادثی شخص آبستن را مشکوک به این سازد که علت بیماری‌ها همان معاینات داخلی بوده است.

سؤال ـ آیا ماما با یک آزمایش کوتاه می‌تواند ضروری بودن عمل سزارین را برای زنان باردار تشخیص بدهد؟

جواب ـ معمولاً خیر. امتحانات اولیه موقعیت لگن شخص حامله را تعیین و غیرطبیعی بودن آن را رد می‌کند. بعضی از این آزمایش‌ها، حتی ممکن است شکل و قالب نوزاد و راه عبور آن را نیز مشخص سازد. به جز در مورد غیر طبیعی بودن لگن و کوچک بودن آن ضروری بودن عمل سزارین را نمی‌توان حدس زد، مگر در پایان آبستنی و یا هنگام خروج نوزاد.

سؤال ـ ماماها از کجا می‌فهمند که نوزاد چه موقعی متولد می‌شود؟

جواب ـ شایع‌ترین مِتُد آن است که روز تولد نوزاد را دویست و هشتادمین روز از پایان آخرین قاعدگی شخص تعیین می‌کنند.

سؤال ـ تا چه حدی حدس ماماها صحیح است؟

جواب ـ معمولاً این حدس با اختلاف یکی دو هفته درست از آب درمی‌آید.

سؤال ـ آیا شخص آبستن باید حتماً در زایشگاه عمل زایمان را انجام دهد؟

جواب ـ خیر. او از هر بیمارستانی می‌تواند استفاده کند، به شرطی که قابله‌های آن دارای معلومات زیاد بوده و از داشتن امتیاز برخوردار باشند. بهترین راه آن است که شخص آبستن انتخاب بیمارستان را به دکتر خود واگذار کند.

سؤال ـ آیا زن باردار باید دارای رژیم غذایی مخصوص باشد؟

جواب ـ بلی، رژیم غذایی او باید تقریباً ۵۰۰ تا ۲۰۰۰ کالری داشته باشد. مقدار پروتئین، ویتامین و مواد معدنی آن بیش از حد معمول باشد، مصرف قند در یک حد اعتدال و خوردن چربی و نمک نیز محدود باشد.

سؤال ـ چرا مصرف نمک در مدت حاملگی باید محدود باشد؟

جواب ـ نمک در نگهداری و حفظ مایعات بافت‌های بدن تأثیر دارد و در مشاهداتی که به عمل آمده است، بعضی از حالات مسمومیت خونی در زمان حاملگی مربوط به عدم تعادل و حفظ مایعات بافت‌ها در بدن بوده است.

سؤال ـ افزایش چه نوع غذایی در رژیم زن آبستن اهمیت دارد؟

جواب ـ شیر، تخم‌مرغ، پنیر، گوشت، مرغ، سبزیجات، کلم، سیب زمینی، هویج و میوه.

سؤال ـ آیا تجویز ویتامین زیاد در دوران حاملگی ضروری است؟

جواب ـ با کنترل کردن رژیم غذایی و مناسب بودن آن، افزودن مقدار فراوان ویتامین به رژیم غذایی لازم به نظر نمی‌رسد. زیرا عادات امروزی مردم در مورد خوردن ویتامین‌ها فقط برای تکمیل و جبران کمبود و نقایصی است که از فقدان ویتامین‌ها ناشی می‌شود.

سؤال ـ آیا تجویز آهن نیز لازم است؟

جواب ـ در صورت وجود کم خونی بلی. بعضی از پزشکان عقیده دارند که مصرف آهن در هنگام بارداری برای جلوگیری از کم خونی احتمالی ضروری است.

سؤال ـ آیا کم خونی در مدت بارداری امری طبیعی است؟

جواب ـ بلی.

سؤال ـ آیا سیگار کشیدن نیز مضر است؟

جواب ـ به شرطی که در حد معتدلی باشد خیر. دود کردن سیگار زیاد برای جنین و مادر خوب نیست.

سؤال ـ وزن در مدت حاملگی به طور متوسط چقدر باید بالا برود؟

جواب ـ ۶ تا ۹ کیلوگرم تا اواخر دوران آبستنی.

سؤال ـ آیا رانندگی برای زن حامله اشکالی دارد؟

جواب ـ تا ماه هشتم خیر. از آن به بعد چون بر قطر شکم افزوده می‌گردد و همچنین شخص قادر نیست به سرعت در مقابل عوامل خارج اتومبیل عکس‌العمل نشان دهد، بهتر است که از این عمل صرف‌نظر کند.

سؤال ـ آیا مقاربت در زمان حاملگی مجاز است؟

جواب ـ تا اواخر ماه هفتم بلی. چنانچه مهبل دچار خونریزی شده باشد، باید از این عمل خودداری کرد.

سؤال ـ چرا مقاربت در یکی دو ماه آخر حاملگی مجاز نیست؟

جواب ـ زیرا عفونت‌های احتمالی ممکن است به جنین آسیب برساند.

سؤال ـ برنامهٔ یک زن حامله از نظر ملاقات با دکتر چیست؟

جواب ـ تا شش ماه اول هر ماه یک بار، در ماه هفتم و هشتم هر دو هفته یا سه هفته یک بار، و در ماه آخر، هفته‌ای یک بار ملاقات با دکتر لازم است. زنان هنگام ملاقات باید هر اشکال و تردیدی که دارند، با دکتر خود مطرح کنند تا سبب ناراحتی فکرشان نشود.

سؤال ـ علت مراجعه به پزشک چیست؟

جواب ـ برای حل مشکلات و مسائلی است که در مدت بارداری برای اشخاص به وجود می‌آید. وزن بیمار، اندازهٔ فشارخون او، آزمایش‌های ادراری، شنیدن تپش قلب جنین، رشد و نمو جنین و غیره عوامل اطمینان بخشی هستند که شخص را به پیشرفت صحیح رهبری می‌کند.

سؤال ـ پایین افتادن سر بچه چیست؟

جواب ـ مرحله‌ای است از حاملگی که در آن سر بچه به پایین لگن می‌افتد. این اتفاق در مورد بچه‌های اول در حدود سه هفته قبل از وضع حمل صورت می‌گیرد. ولی در مورد بچه‌های بعدی این مرحله اغلب در نزدیکی زمان وضع حمل ایجاد می‌شود.

سؤال ـ آیا مادر می‌تواند پایین افتادن سر بچه را حس کند؟

جواب ـ بعضی اوقات بلی. مادر با حس کردن افتادن وزن مهم شکم به پایین به این موضوع پی می‌برد. با ایجاد این حالت ممکن است، فشار در ناحیهٔ پایین افزوده شود و شخص را هنگام راه رفتن ناراحت کند.

سؤال ـ در چه موقعی از حاملگی ماماها لگن را اندازه می‌گیرند؟

جواب ـ لگن را یا در اولین ملاقات و یا معمولی‌تر از آن در حدود شش هفته قبل از تاریخ زایمان اندازه می‌گیرند. این عمل به وسیلهٔ آزمایش‌هایی که بر روی مهبل و مقعد صورت می‌گیرد انجام می‌شود.

سؤال ـ ماماها چه اطلاعاتی از این آزمایش‌ها کسب می‌کنند؟

جواب ـ الف ـ یک اندازهٔ کلی از سطوح مختلف لگن.

ب ـ شکل و فرم استخوان‌های لگن.

ج ـ مشخص‌کردن غیرطبیعی بودن نسوج و یا استخوان‌های لگن.

سؤال ـ آیا برای این اندازه‌گیری باید ابزار مخصوصی را به کار برد؟

جواب ـ به عنوان ضرورت خیر. ماماها از انگشت‌ها و دست‌هایشان استفاده می‌کنند و بدین وسیله اندازهٔ صحیح لگن را به دست می‌آورند. در سابق از روش اندازه‌گیری نقاط مختلف خارجی لگن از قبیل تاج استخوان لگن (در ناحیهٔ باسن ـ زیر کمر) و ته استخوان لگن پیروی می‌کردند. در این روش‌ها غالباً اندازه‌های واقعی داخل لگن به دست نمی‌آید.

سؤال ـ آیا ماماها می‌توانند چگونگی وضع حمل را از نظر راحتی و یا مشکلی پیش‌بینی کنند؟

جواب ـ خیر. ماماها فقط می‌توانند بگویند که اندازه‌های لگن مناسب و کافی برای زایمان هست یا نیست. همچنین می‌دانند که آیا لگن طبیعی است و بچه در وضعیت صحیح قرار دارد یا خیر؟

سؤال ـ استفاده از اشعهٔ ایکس آیا همیشه برای ماماها ضروری است؟

جواب ـ خیر این عمل فقط هنگامی به کار می‌رود که دکتر واقعاً احتیاج به دانستن موقعیت لگن داشته باشد.

سؤال ـ برای درمان حالات تهوع و استفراغ چه روش‌هایی به کار می‌رود؟

جواب ـ الف ـ در صورت تکرار این حالات می‌توان محدودیت‌های غذایی را از بین برد و برنامهٔ غذایی را مطابق دلخواه زن آبستن تعیین کرد.

ب ـ مواد درمانی متعددی نظیر داروهای ضد انقباضی، ضد اسیدی، ویتامین‌ها و

املاح و غیره در این هنگام به بهبود زن باردار کمک می‌کنند.

ج ـ هر گاه هیچ کدام از روش‌های درمانی در بهبود زن حامله تأثیر نکرد، باید امکان بستری شدن در بیمارستان را فراهم کرد. معالجهٔ قطعی به وسیلهٔ تزریقات داخل وریدی که املاح بدن را در یک نسبت طبیعی متعادل می‌سازند، صورت می‌گیرد. اغلب کسانی که به هم خوردگی حالشان ادامه پیدا می‌کند، اشخاصی هستند که دچار مسائل روانی و خیالی باشند. چه بهتر که این دسته از زنان باردار با مراجعه به روان‌شناسان در صدد رفع اشکالات روانی و عصبی خود برآیند.

سؤال ـ آیا تاکنون علت این ناراحتی‌ها شناخته شده است؟

جواب ـ خیر.

سؤال ـ آیا ازدیاد ترشح بُزاق یک زن حامله معمولی است؟

جواب ـ بلی. مشکلی است عادی که اغلب به واسطهٔ همان حالات تهوّع و استفراغ ایجاد می‌شود. این مسئله با استعمال مقدار کمی آتروپین، خوردن نبات و جویدن آدامس قابل حل است.

سؤال ـ آیا مواظبت‌های اختصاصی از دندان‌ها در مدت حاملگی ضروری است؟

جواب ـ بلی. بهداشت دهان بسیار قابل توجه است. مقدار کافی کلسیم در برنامهٔ غذایی روزانه می‌بایست گنجانیده شود. با مصرف کره، شیر و پنیر این اندازه به سهولت به دست می‌آید. اشخاصی که دارای دندان‌های سستی هستند، باید روزانه مقدار فوق‌العاده کلسیم و قرص ویتامین C مصرف نمایند.

سؤال ـ علل ازدیاد ادرار در مدت حاملگی چیست؟

جواب ـ الف ـ فشارهایی که جنین به دیوارهٔ فوقانی مثانه وارد می‌کند.

ب ـ عفونت‌های مثانه (مخصوصاً عفونت‌های کیستی).

سؤال ـ برای رفع این مشکل چه باید کرد؟

جواب ـ الف ـ چنانچه به سبب فشارهای جنین باشد، از دست مادر کاری ساخته نیست.

ب ـ اگر به واسطهٔ عفونت باشد، درمان مُؤثّر تجویز قرص‌های سولفامید و آنتی‌بیوتیکی است.

سؤال ـ آیا عارضهٔ واریس در مدت بارداری بسیار معمولی است؟

جواب ـ بلی، این بیماری به سبب فشاری است که رحم بزرگ بر سیاهرگ‌های صفاق وارد می‌کند و باعث کُند شدن جریان خون در پاها می‌گردد.

سؤال ـ درمان واریس کدام است؟

جواب ـ الف ـ کنار گذاشتن کش‌های جوراب.

ب ـ استفاده کردن از جوراب‌ها و همچنین نوارهای پلاستیکی.

سؤال ـ آیا عملیات جراحی باعث شدیدتر شدن این عارضه می‌شود؟

جواب ـ خیر.

سؤال ـ آیا پس از وضع حمل واریس ظاهر می‌شود؟

جواب ـ بسیاری از آنها یا بسیار کوچک می‌شوند و یا از بین می‌روند.

سؤال ـ آیا ترشح از مهبل در زمان آبستنی عادی است؟

جواب ـ بلی، افزایش مقدار کم ترشح تقریباً عادی است. فرسایش گردن رحم و عفونت‌های قارچی می‌توانند باعث به وجود آمدن مقدار زیادی ترشح توأم با خارش باشند که درمان هر چه زودتر این عارضه در مدت حاملگی کاملاً ضروری است.

سؤال ـ آیا این بیماری به وسیلهٔ حمام و شستشو قابل علاج است؟

جواب ـ خیر. این عمل نه تنها باعث بهبود عفونت نمی‌شود، بلکه ممکن است دامنهٔ آلودگی را تا ناحیهٔ رحم توسعه داد.

سؤال ـ یک زن حامله تا چه حد قادر است از قدرت جسمیش برای کار کردن استفاده کند؟

جواب ـ یک زن حامله همهٔ کارهای منزل را می‌تواند انجام دهد، به شرط آنکه ناراحت نشود. این توانایی رفته‌رفته در مراحل بعدی آبستنی کم می‌شود. کارهای مشکل و سنگین و فعالیت‌هایی که باعث ایجاد عرق در بدن گردند، برای یک زن حامله به هیچ‌وجه مناسب نیست.

سؤال ـ آیا کش‌دادن، خم کردن و یا بالا بردن بازوان در مدت آبستنی مضر است؟

جواب ـ برخلاف اعتقادی که قدیمیان راجع به زیان رساندن این عمل داشتند، امروز

می‌توان با کمال اطمینان متذکر شد که این عقیده به هیچ‌وجه حقیقت ندارد.

سؤال ـ پوشیدن چه نوع لباس‌هایی در مدت بارداری ضروری است؟

جواب ـ الف ـ یک پستان‌بند مناسب (نه تنگ و نه گشاد) که بزرگی پستان‌ها را همچنان حفظ کند.

ب ـ زنانی که از ناراحتی‌های ناحیهٔ پایین شکم و پشت کشالهٔ ران شکایت دارند، با استفاده از شکم‌بندهای محکم و طبی می‌توانند خود را از این ناراحتی آسوده سازند.

ج ـ موضوع مهمی که هر زن حامله باید به آن توجه کامل داشته باشد، کفش است که باید دارای پاشنهٔ کوتاه و یا حداقل متوسط باشد. زیرا در صورت بلند بودن پاشنهٔ کفش احتمال افتادن (خصوصاً در اواخر حاملگی) زیاد می‌شود و در نتیجه موجب بروز حادثه برای شخص خواهد گردید.

د ـ برای نگهداری جوراب‌ها باید از استعمال هر نوع کش و یا وسیلهٔ قابل ارتجاع خودداری کرد.

سؤال ـ چرا خودداری از استعمال کش‌های لاستیکی لازم است؟

جواب ـ چون باعث به وجود آوردن واریس در سیاهرگ‌ها خواهد شد.

سؤال ـ آیا حمام کردن در وان برای یک زن حامله مجاز است؟

جواب ـ در ماه‌های اول آبستنی بلی، ولی در اواخر حاملگی چون امکان لیز خوردن و افتادن در وان هنگام خارج یا داخل شدن در آن وجود دارد، باید از استحمام در وان خودداری کرد.

سؤال ـ آیا شنا کردن در استخر یا در دریا برای یک زن حامله مجاز است؟

جواب ـ تا ماه هفتم بلی. آب باید صاف باشد و از کارهای خستگی‌آور و سنگین مثل شیرجه و قایقرانی با پارو پرهیز کرد.

سؤال ـ آیا مسافرت با هواپیما یا ترن و یا اتومبیل برای یک زن حامله ممنوع است؟

جواب ـ اگر علائم سقط جنین مانند خونریزی از مهبل و احساس انقباضات بی‌مورد در شکم وجود نداشته باشد، خیر.

سؤال ـ آیا ضربه‌هایی که به هواپیما، ترن یا اتومبیل وارد می‌آید، سبب سقط جنین می‌گردد؟

جواب ـ خیر. این عقیده‌ای است که به هیچ‌وجه اساس علمی ندارد و یک تصور اشتباه بیش نیست.

سؤال ـ بزرگی شکم در چه موقعی از حاملگی ظاهر می‌شود؟

جواب ـ معمولاً پس از سه ماه. در ماه پنجم قسمت جلو رحم، مقابل ناف و در ماه هشتم این قسمت از رحم زیر قفسهٔ سینه قرار می‌گیرد. در ماه نهم جنین در شکم و لگن کاملاً مستقر می‌شود و در این هنگام به نظر می‌آید که شکم به آرامی دوباره کوچک می‌شود.

سؤال ـ آیا یک زن حامله بیشتر از یک زن معمولی احتیاج به استراحت دارد؟

جواب ـ بلی. چون اغلب زنان باردار زودتر خسته می‌شوند.

سؤال ـ در چه زمانی از حاملگی زن برای اولین مرتبه حرکت جنین را در شکم حس می‌کند؟

جواب ـ حرکات جنین در ماه پنجم احساس می‌شوند که در آغاز ضعیف و کُند هستند. اما بعد این حرکات به اندازه‌ای شدید می‌شوند که با گذاردن دست روی شکم به آسانی می‌توان آنها را حس کرد.

سؤال ـ آیا این حرکات هر روز احساس می‌شوند؟

جواب ـ خیر. این حرکات کاملاً اتفاقی هستند و ممکن است در طول روز اصلاً حس نگردند و یا در یک روز یک بار یا دو بار ایجاد شوند.

سؤال ـ عوامل ایجاد کمر درد در زنان باردار کدام است؟

جواب ـ واضح‌ترین آنها تغییر وضعی است که برای جبران بزرگی شکم ایجاد می‌شود، یا بهتر است بگوییم کوششی است که مادر برای باز کردن مرکز ثقل طبیعی بدنش به عمل می‌آورد.

سؤال ـ درمان کمر درد چگونه است؟

جواب ـ کمربند طبی محکمی تا حدی شخص را از این ناراحتی آسوده می‌سازد.

سؤال ـ کدام عوامل باعث می‌شوند که عضلات پا به حال انقباض درآید؟

جواب ـ فشار بالای ساق پا این کیفیت را ایجاد می‌کند.

سؤال ـ چگونه می‌توان از این عارضه رهایی یافت؟

جواب ـ الف ـ بهترین راه، ایستادن روی انگشتان پا و خم کردن زانوان است. یا آنکه دراز کشیده و با نوک انگشتان به دیوار و یا انتهای تختخواب فشار آورد.

ب ـ اگر به علت ناکافی بودن کلسیم است باید مقدار کلسیم و ضداسیدها در برنامهٔ غذایی روزانه کنترل شوند.

سؤال ـ چه عواملی باعث احساس سوزش در ناحیهٔ معده و مری می‌شوند؟

جواب ـ علت معمولی آن زیادی اسید مخصوصاً در اواخر حاملگی است که اغلب با خارج کردن باد از گلو و احساس ترش مزگی همراه است. اگر این عارضه جدی و شدید باشد، باید فوراً آن را به دکتر قابله تذکر داد. چون ممکن است که واقعاً نشانه‌هایی از مسمومیت باشد.

سؤال ـ راه علاج این احساس چیست؟

جواب ـ ساده‌ترین طریق رهایی از این عارضه نوشیدن جرعه‌های کوچک شیر است. اگر نتیجهٔ مطلوب حاصل نگردید، می‌توان از پودرهای ضد اسیدی و یا داروهایی شبیه به آن استفاده نمود. (از ضد اسیدهایی که شامل کربنات سدیم است، باید اجتناب ورزید.)

سؤال ـ چه عواملی باعث تورم پا، بازو و سایر نقاط بدن در هنگام حاملگی می‌گردند؟

جواب ـ الف ـ فشار روی وریدهای لگن که به علت سر پا ایستادن به مدت چند ساعت متوالی ایجاد می‌گردد و برای رفع آن باید مدتی استراحت کرد.

ب ـ واریس سیاهرگی درمانش همان‌گونه که ذکر شد، به وسیلهٔ استفاده از جوراب و یا باندهای پلاستیکی صورت می‌گیرد.

ج ـ مسمومیت آبستنی، در این مورد، تورم فقط در نواحی پایین بدن ظاهر نمی‌شود، بلکه در پاره‌ای از حالات ممکن است صورت، پشت و دیوارهٔ شکم دچار این عارضه شوند.

سؤال ـ چه عاملی سبب گیجی و همچنین تاری دید می‌شود؟

جواب ـ در اوایل آبستنی به‌خصوص در هوای گرم و مرطوب، البته عارضهٔ بسیار مهمی نیست؛ ولی اگر در اواخر حاملگی با نشانه‌هایی چون تورم نسوج، احساس لکّه در میدان بینایی، تهوّع و استفراغ بود، ممکن است علائم یک مسمومیّت باشد.

مطالعه و دانستن این مطالب است که ترس از آبستنی را در بانوان از بین می‌برد.

بارداری و ۹ ماه انتظار

راهنمای مادران آینده

شما در انتظار یک کودک، یک شیرینی زندگی هستید. این انتظار شما طولانی است، شروع نُه ماه انتظار شما از وقتی است که احساس حاملگی در شما پیدا می‌شود. شما که می‌خواهید به سلامتی این دوران را طی کنید و فرزند آیندهٔ شما از سلامت کامل برخوردار باشد، ضرورت دارد به این دستورات و نکات توجه خاصی مبذول دارید.

۱ـ داروها

در طی ماه‌های بارداری، مخصوصاً چهار ماه اول آن، خانم حامله باید از خوردن هر نوع دارویی، حتی قرص‌ها و داروهای مسکن خودداری کند.

اگر زنی به علت ابتلا به بیماری مجبور است مرتباً دارویی را مصرف نماید، به محض آنکه احساس کرد حامله شده است، باید فوراً مصرف دارو را متوقف کند و با پزشک خود مشورت نماید. راه صحیح‌تر این است که زن از دو هفته قبل از آنکه بخواهد حامله شود، مصرف هر نوع دارویی را از جمله داروهای مسکن و یا خواب‌آور قطع کند.

در ماه‌های بارداری فقط مصرف داروهایی که پزشک تجویز کرده باشد، مجاز است. اگر پزشک نمی‌داند شما حامله هستید، باید به او بگویید.

۲ـ عکس‌برداری داخلی

در دوران حاملگی از هر نوع عکس‌برداری با اشعهٔ ایکس هم باید خودداری شود. اما عکس‌برداری با اشعهٔ‌ایکس از دندان و یا ریه‌ها توسط پزشکی که بداند شما حامله هستید اشکالی ندارد. در این گونه مواقع پزشک باید پوشش مخصوصی روی شکم زن حامله بیندازد که مانع رسیدن اشعهٔ ایکس به جنین بشود. عکس‌برداری از شکم و لگن خاصره به هر صورت نباید انجام گیرد.

اکنون از زنان حامله و جنین داخل رحم او با امواج مافوق صوت عکس‌برداری می‌شود که بی‌ضرر است. (سونوگرافی)

۳ـ واکسیناسیون

به طور کلی باید از هر نوع واکسیناسیونی هم در دوران حاملگی خودداری شود و این امر مخصوصاً در مورد کوبیدن آبله و واکسن وبا باید مراعات گردد.

خطرناک‌ترین بیماری که یک زن ممکن است در دوران حاملگی به آن مبتلا بشود، سرخجه است (با سرخک اشتباه نشود) اگر چه ابتلا به سرخک هم خطرناک است. به این دلیل حتماً باید قبل از ازدواج به دخترها واکسن سرخک و سرخجه زده شود. در غیر این صورت زن باید شش ماه قبل از حامله شدن، علیه این دو بیماری واکسینه شود.

۴ـ غذا

خوردن غذای مناسب در دوران حاملگی موجب تأمین سلامت طفل می‌شود. این فکر قدیمی که توجیه می‌کند زن حامله به جای دو نفر غذا بخورد، درست نیست. زیرا در این صورت زن به قدری چاق می‌شود که نه تنها موجب ناراحتی‌های فراوان او در دوران حاملگی می‌گردد، بلکه بعداً زایمان را نیز با مشکلاتی مواجه می‌سازد.

زن حامله باید کاری کند که در سراسر دوران بارداری بیش از هفت تا هشت یا دَه کیلو به وزنش اضافه نشود.

۵ـ مراقبت از دندان‌ها

بدن جنین برای رشد، مقدار زیادی از کلسیم بدن مادر را جذب می‌کند و احتمال اینکه مادر با کمبود کلسیم مواجه شود، وجود دارد. کمبود کلسیم هم به نوبهٔ خود می‌تواند روی سلامت دندان‌ها اثر سوء بگذارد.

به طور کلی زن حامله باید در دوران بارداری بیشتر از حد معمول مراقب سلامت دندان‌ها و دهان خود باشد، لااقل سه بار مراجعه به دندان پزشک در ماه‌های حاملگی ضروری است.

۶ـ ویار

در برخی از زن‌ها طی چهارده هفتهٔ اوّل حاملگی عادت عجیبی پیدا می‌شود. به این

ترتیب که زن حامله در خود علاقهٔ غیرقابل مقاومتی برای خوردن مواد احساس می‌کند که در حالت عادی اصلاً علاقه‌ای به خوردن آنها ندارد. این علاقه گاهی حتی نسبت به موادی نظیر ذغال، گچ، صابون و این جور چیزهاست.

اگر ماده‌ای که زن به خوردن آن علاقه نشان می‌دهد، خوراکی نیست، اطرافیانش باید مراقبت کنند که حتی‌المقدور آن ماده کمتر در دسترس یا دید او قرار گیرد.

۷ـ ورزش

برای ورزش در ایام بارداری قاعده و قانون مشخصی وجود ندارند، برخی از متخصصین زنان معتقدند که زن می‌تواند پس از حامله شدن به همان ورزش‌های قبل از دوران حاملگی خود ادامه بدهد. اما گروهی هم معتقدند که ورزش‌های شدید برای زن حامله خیلی مناسب نیست و او را خسته می‌کند. اما هر دو دسته متفق‌القول هستند که ورزش‌هایی مثل اسکی، اسب‌سواری و مانند آنها که انرژی زیادی لازم دارند باید کنار گذاشته شوند.

به هر حال روزی یکی دو ساعت پیاده‌روی بهترین ورزشی است که هر زن حامله‌ای می‌تواند انجام دهد.

۸ ـ مراقبت از پستان‌ها

در دوران حاملگی، پستان‌ها نیازمند مراقبت مخصوص هستند. در بافت پستان‌ها هیچ نوع عضله‌ای وجود ندارد؛ در نتیجه، وقتی در اثر حاملگی بزرگ و سنگین شوند، کش می‌آیند و آویخته می‌شوند. برای جلوگیری از پیدایش این حالات باید از همان ابتدا از پستان‌بند مناسبی استفاده کنید. بندهای این پستان‌بند نباید کشی باشند. البته اگر بتوانید شب‌ها هم با پستان‌بند بخوابید بهتر است؛ در غیر این صورت، بستن پستان‌بند در شب‌ها الزامی نخواهد بود.

در اوایل بارداری نوک پستان‌ها خیلی حساس می‌شوند. ولی این حالت احتیاجی به مراقبت مخصوص ندارد. شاید بعداً لازم شود که آنها را با روغن لانولین ماساژ بدهید.

۹ـ یبوست

یکی از مسائل دوران بارداری که در اغلب زن‌ها دیده می‌شود، ابتلا به یبوست است و علت هم آن است که تولید یکی از هورمون‌هایی که توسط تخمدان‌ها ساخته می‌شود، کاهش می‌یابد و موجب یبوست می‌گردد. مناسب‌ترین راه برای از بین بردن این یبوست خوردن غذاهایی ملین است. مقدار زیادی میوه، سالاد و یا یکی دو قاشق روغن زیتون و انواع سبزی‌ها می‌توانند خیلی مفید باشند.

۱۰ـ سیگار و الکل

لازم به تکرار این واقعیت نیست که سیگار و مخصوصاً مشروب‌های الکلی در هر دوره‌ای از زندگی بد هستند و این بدی و نامناسبی مخصوصاً در دوران حاملگی بیشتر است. زیرا هر دو به سلامت جنین لطمه وارد می‌کنند. اصولاً هر چیزی که برای سلامتی مادر مضر باشد، برای سلامت جنین هم مضر است.

۱۱ـ روابط زناشویی

در سه چهار ماه اول حاملگی روابط زناشویی می‌تواند بی‌خطر باشد، ولی پس از آن باید از مقاربت خودداری کرد. به علاوه اگر پس از هم بستری خون یا لک دیده شد، باید فوری به پزشک مراجعه شود. در برخی از زنان در دوران حاملگی نوعی سرد مزاجی خاص پیدا می‌شود که بی‌خطر است و پس از زایمان رفع خواهد شد.

برای جلوگیری از سکته و حمله‌های قلبی چه کنیم؟

وزن زیاد، فشارخون و مرض قند باید شدیداً تحت کنترل قرار گیرد.

اخیراً انجمن متخصّصین قلب در امریکا برنامهٔ هشت ماده‌ای مربوط به جلوگیری از عارضه‌های قلبی را به صورت راه جلوگیری از خطر سکته‌های قلبی به مردم ایالات متحدهٔ امریکا توصیه نمود.

انجمن متخصّصین قلب ضمن اشاره به این حقیقت که رژیم غذایی یکی از مهمترین عواملی است که سبب حمله‌های قلبی می‌گردد، توجه به مراتب زیر را جداً از مردم خواستار گردید:

۱ـ چربی‌های حیوانی (اشباع شده) کمتر مصرف کنید.

۲ـ هر جا که ممکن است روغن‌های اشباع نشدهٔ نباتی و سایر چربی‌های اشباع نشده را جایگزین چربی‌های حیوانی نمایید.

۳ـ خوراکی‌های کلسترول‌دار را کمتر میل نمایید.

۴ـ کسانی که وزن آنها از حد عادی بیشتر است باید از خوردن خوراکی‌های کالری‌دار پرهیز نمایند.

۵ـ رژیم غذایی ذکر شده در فوق را باید از اوایل جوانی شروع کرد.

۶ـ خود و خانوادهٔ خود را به تغذیه با غذاهای مناسب و صحیح عادت دهید.

۷ـ هرگاه در اثر تغییر رژیم غذایی کمبودی در تغذیهٔ خویش حس نمودید، به پزشک مراجعه نمایید.

۸ـ به نوع تغذیهٔ سالمی که خود را عادت داده‌اید، ادامه دهید و دیگر آن را عوض نکنید.

اقدام انجمن نتیجهٔ مذاکرات جلسهٔ هیئت مدیرهٔ آن در سالن هتل نیویورک بود. انجمن، طبع و انتشار اعلامیه را در مورد «رژیم غذایی و امراض قلبی» که به وسیلهٔ

کمیسیون تغذیه انجمن تهیه گردیده بود و به تصویب کمیتهٔ مرکزی متشکّل از گروه ارشد برنامه‌ریزی انجمن رسید، تصویب نمود.

این اعلامیه جایگزین اعلامیهٔ قبلی ژانویهٔ ۱۹۶۱ می‌گردد. تفاوت این اعلامیه با اعلامیهٔ قبلی آن است که به جای «جایگزین نمودن چربی‌های اشباع شده به جای اشباع نشده به میزان معقول» که در اعلامیهٔ قبلی ذکر شده بود «جایگزین نمودن در هر مورد که ممکن است» توصیه شده است.

ضمناً در این اعلامیه برای نخستین بار موضوع کاهش مصرف غذاهای غنی از کلسترول تجویز شده است. درمورد غذاهای کلسترول‌دار قبلاً فکر می‌کردند که ساختار بدن به خودی خود از زیاد شدن کلسترول در خون جلوگیری می‌کند. ولی در اثر آزمایشاتی در انسان مشاهده گردیده که انسان برخلاف بعضی از حیوانات هنگام خوردن غذاهای کلسترول‌دار، نه تنها کلسترول قبلی را کاهش نمی‌دهد؛ بلکه، به همان مقدار کلسترول در بدن اضافه می‌نماید.

به علاوه گزارش ۱۹۶۱ مربوط به گروهی بود که بیشتر در معرض خطر حملات قلبی قرار داشتند؛ ولی گزارش فعلی موضوع حملهٔ قلبی را برای گروه به‌خصوصی تعیین نکرده و ضمناً توصیه می‌کند که رژیم غذایی را باید از سنین کودکی شروع کرد.

در این گزارش‌ها به مشاهدات روز افزون علمی مبنی بر ازدیاد عوارض شریان قلبی اشاره می‌کند که در اثر رژیم غذایی به خوبی می‌توان از پیش آمدن آن جلوگیری نمود.

برای مثال:

۱ـ گروهی از مردم امریکا و سایر ممالک تحت آزمایش قرار گرفتند و مشاهده شد که عوارض شریان قلبی آنها با مقدار کلسترول و سایر چربی‌ها مربوط است.

گروه‌هایی که در خون آنها چربی کم وجود دارد، کمتر به عوارض قلبی دچار می‌شوند و گروه‌هایی که چربی زیاد در خون دارند، عکس این را نشان می‌دهند.

۲ـ رابطهٔ بین غذاهای مورد مصرف و کلسترول به خوبی روشن گردیده است.

۳ـ در اغلب اشخاص (ولی نه در تمام آنها) می‌توان با رژیم غذایی خوب کلسترول خون و چربی را برای همیشه در یک حد معین نگه داشت؛ به شرطی که رژیم شکسته

نشود.

توصیه به اشخاص چاق که از خوردن غذاهای کالری‌دار پرهیز نمایند، بر اساس رابطهٔ غیرمستقیم بین چاقی و عوارض شریانی قلب است، نه بر اساس رابطهٔ مستقیم. چاقی دو عارضه ایجاد می‌کند. یکی ازدیاد فشارخون و دیگری مرض قند که هر دوی این امراض عامل ایجاد عوارض شریانی هستند. انجمن متخصصین قلب امریکا در اعلامیهٔ جدید شدیداً توصیه می‌کند که وزن زیاد مانند فشارخون زیاد و مرض قند باید تحت کنترل باشد.

همچنین در گزارش مذکور، سایر عواملی را که ممکن است باعث حملهٔ قلبی گردد، مانند سیگار کشیدن و ورزش نکردن ذکر گردیده است. همان طور که دربارهٔ رژیم غذایی باید خود را به تغذیهٔ خوب عادت داد، در مورد ورزش و سیگار هم باید با صلاحدید دکتر مربوطه عمل نمود.

بلوغ در دختران

دختران میان سیزده تا پانزده سالگی بالغ می‌شوند. قاعدگی از نشانه‌های آن است که بلوغ با تغییرات موضعی و همگانی به قرار زیر همراه می‌باشد:

۱ـ بزرگ شدن استخوان‌های لگن

۲ـ پیدایش ترشح در مهبل

۳ـ سرخ رنگ شدن گلوی زهدان

۴ـ بزرگ شدن و نرمی زهدان

۵ـ نمو اندام‌های آمیزشی

۶ـ روییدن مو و تیرگی رنگ در بخش‌های بیرونی دستگاه آمیزشی.

۷ـ بزرگ شدن پستان ـ نوک آن راست و هالهٔ تیره در پیرامونش پدید می‌آید.

۸ـ تغییر در حالت و روحیهٔ دختر، چنانچه زمانی محزون بوده، می‌گرید و زمانی خوشحال است.

هنگام قاعدگی حال همگانی زن دستخوش تغییراتی می‌گردد، به شرح زیر:

۱ـ احساس سنگینی زیر شکم و بروز کمر درد که چون بیش از اندازه باشد، باید آن را غیر طبیعی شمرد.

۲ـ خستگی و عصبی شدن مزاج.

۳ـ سردرد که گاهی شدید است.

۴ـ پستان‌ها متورم، کمی دردناک و گاهی با فشار مختصر ترشح شیر از آن خارج می‌شود. علت این تورم زیادی ترشحات جسم زرد است.

۵ـ احساس گرم و سرد شدن، افزایش ترشح بزاق و ازدیاد ترشح عرق.

۶ـ ازدیاد حساسیت.

۷ـ پیدایش دایرهٔ سیاه در پیرامون چشم. پلک چشم تغییر رنگ داده، گاهی ورم

می‌کند و این بیشتر در سفید پوستان دیده می‌شود.

۸ـ پیش از قاعدگی فشار خون اندکی زیاد شده و پس از آن پایین می‌آید.

۹ـ نبض تیز می‌زند.

۱۰ـ غدهٔ تیروئید بزرگ می‌شود.

۱۱ـ اختلال دستگاه گوارش چون بی‌اشتهایی، یبوست یا شکم روش، نفخ، حال تهوّع، استفراغ، حس تنفّر نسبت به برخی خوراکی‌ها و گاه دهان بوی ناپسند می‌دهد.

۱۲ـ گاهی زن استفراغ می‌کند و چون به زخم معده دچار باشد، ممکن است هنگام قاعدگی از این زخم خون جاری شود.

۱۳ـ سوخت و ساز بازال زیاد می‌شود.

۱۴ـ گاهی زن به کهیر دچار می‌شود یا دانه‌هایی بر شکم، ران و پستان می‌زند. دور لب‌ها و سوراخ‌های بینی ممکن است دانه‌های سرخ رنگ شبیه تبخال بزند که کمی ترشح دارد و در صورت وجود اختلالات قاعدگی دانه‌ها زیادتر و بزرگ‌تر خواهد بود. این دانه‌ها عموماً چند روز پیش از قاعدگی ظاهر می‌شوند و با ختم آن یا چند روز بعد از میان می‌روند.

۱۵ـ تغییرات خون در دورهٔ قاعدگی به قرار زیر است:

گویچه‌های سرخ پیش از قاعدگی ممکن است از پنج میلیون و نیم زیادتر گردد و پس از آنکه قاعدگی شروع شد، به حال طبیعی باز می‌گردد. هموگلوبین خون نیز در ابتدا زیاد و سپس کم می‌شود. در آغاز قاعدگی گویچه‌های سفید زیاد شده و پس از آنکه جریان خون در روز دوم زیاد شد، به طور محسوس کم می‌شود.

اغلب معتقدند که در زمان قاعدگی به مناسبت تغییرات نامبرده و کم شدن دفاع بدن و احتقان اندام‌های لگن از عمل جراحی باید خودداری نمود؛ زیرا مقدار خونریزی زیادتر است و احتمال عفونت وجود دارد.

بوی بد بدن

بوی بد بدن یا عرق بد بو مایهٔ ناراحتی است.

بوی بد بدن در هر سن و سالی نشانهٔ بیماری است.

آیا می‌دانید چگونه بوی بد بدن از محبوبیت شما می‌کاهد؟

آیا از کسانی‌که بوی ناخوشایند دارند دوری نمی‌گزینید...؟

آیا می‌دانید عرق بد بو آفت زیبایی شماست...؟

و بالأخره می‌دانید که بوی بد یا عرق بد بو نشانه یا علامت هشداردهندهٔ بیماری‌های درونی شماست...؟

هوا که گرم می‌شود خواه ناخواه بدن همه عرق می‌کند. البته در عده‌ای شدیدتر و در عده‌ای کمتر. باید گفت عرق کردن یک عمل طبیعی و یک پدیدهٔ حیاتی زندگی است که بدین وسیله ضمن تازه نگاه‌داشتن پوست، مقداری از سموم بدن، مخصوصاً مواد زائد و سمی از طریق سلول‌های پوستی و سطحی بدن خارج می‌شود. بدین لحاظ است که نمی‌توان و نباید جلوی عرق کردن گرفته شود؛ زیرا حیات انسان به مخاطره می‌افتد و پوست دچار خشکی و شکنندگی و بالأخره چین و چروک خواهد شد.

اما مسئله و موضوع مهم در اینجا آن کسانی هستند که عرقشان بدبو و ناخوشایند است و هر قدر هم از محصولات خوش بو استفاده کنند و یا هر قدر شستشو نمایند، با پوشیدن لباس و کوچک‌ترین حرکت این بوی نامطبوع بدنشان احساس می‌شود و همین باعث رنج خودشان و بیزاری معاشرینشان خواهد شد. چه بسا افرادی که دچار عرق بد بو هستند، به هر محلی که وارد می‌شوند، موجب رنج حاضران را فراهم می‌سازند. چه‌بسیار خانواده‌ها بر اثر این بوی نامطبوع متلاشی شده و دیده‌ایم شوهرانی که همسرانشان را به جرم همین عرق بدبو طلاق داده‌اند.

باید یادآوری کنیم که هر چه هوا رو به گرمی می‌گذارد، شدت این عرق کردن بیشتر و بوی آن نامطبوع‌تر خواهد بود. لذا توجه شما خوانندگان را به مسائلی که با زندگی،

سلامتی، تراوت و محبوبیت شما بستگی دارد جلب می‌کنیم.

نخست باید گفت بوی بدن یا عرق بد بو، سرشت و غریزه یا یک امر طبیعی در بدن نیست، بلکه نشانه‌ای از نارسایی کبد و کلیه‌هاست که بدن برای حفظ تندرستی و جلوگیری از بیماری، سمومی را که از راه کبد تجزیه و از راه کلیه‌ها دفع نشده است، از طریق پوست خارج می‌نماید.

چگونگی عمل کبد

هر مادهٔ غذایی که وارد بدن می‌شود تجزیه و وارد سوخت و ساز بدن می‌گردد. از این سوخت و ساز مواد زائدی چون اوره، اسید اوریک، کلسترول، رنگدانه‌ها و سم‌های مختلف به دست می‌آید که مقداری از آن به‌وسیلهٔ کبد وارد کیسهٔ صفرا شده، از طریق روده‌ها خارج می‌شود و آن سمومی که وارد خون می‌شوند نیز از راه کلیه‌ها و طریق ادرار به خارج می‌ریزد.

غیر از مواد غذایی معمولی، گاه مواد نامناسب و مواد سمی دیگر یا موادی که مقدار سموم آنها بیش از غذاییت آن باشد، چون مشروبات الکلی، ادویه‌جات، چربی‌های مانده و فاسد، مواد غذایی فاسد و کنسروها، کالباس، سوسیس، ژامبون، اغذیهٔ مانده و نامناسب، همگی موجب فعالیت و کار بیشتر برای کبد می‌شود. زیرا هر مادهٔ سمی که وارد بدن شود، کبد با ساختن مواد ضد آن به طریقی اثر آن را خنثی می‌کند یا مقدار سم آن را کاهش می‌دهد. مثلاً اگر سمی از مادهٔ غذایی وارد خون شود، کبد فوراً ماده‌ای که اثر مخالف آن را دارد می‌سازد. اگر مادهٔ سمی اسید است، با مواد قلیایی آن را خنثی و تبدیل به ملح بی‌ضرری می‌نماید و اگر قلیایی است، کبد مادهٔ اسیدی ضد آن را تهیه کرده، موجب کاهش اثر سمی آن ماده می‌شود. از این رو باید گفت که کبد مرکز دفاعی و حفاظتی بدن است و سلامت شخص بستگی به خوب کار کردن و فعالیت سالم سلول‌های آن دارد.

حالا اگر به علتی کبد دچار نارسایی شود، مثلاً مصرف زیاد مشروبات الکلی و چربی‌های نامناسب، به تدریج قدرت دفاعی و ضد سم‌سازی کبد کاهش می‌یابد و نمی‌تواند به طور کامل این مواد زائد و سمی را خنثی و یا دفع نماید.

همبستگی قسمت‌های مختلف بدن مورد تردید و انکار نیست. اگر کبد دچار نارسایی شود، کلیه‌ها و روده‌ها همه دچار ضعف و ناتوانی می‌شوند که عکس‌العمل آن در نقاط دیگر بدن نیز دیده می‌شود. لذا هنگامی که احساس می‌شود بوی نامطبوعی از لباس یا بدن متصاعد می‌شود و یا عرق شخص بدبو است، باید به فکر چاره بود و قبل از آنکه این عارضهٔ نامطبوع شدت یابد و یا اینکه موجب رنج و بیماری گردد، در صدد درمان و رفع علت بیماری برآمد. در اینجا شما را با درمان‌های ساده و تغذیه‌ای آشنا می‌سازیم:

۱ـ کسانی که دچار عرق بدبو هستند و در هر حال بوی بدی از بدنشان احساس می‌شود، باید از خوردن مشروبات الکلی، ادویه، زردچوبه، فلفل، خردل، سوس گوجه فرنگی، پنیر کهنه، تخم‌مرغ، روغن سرخ شده، کالباس، سوسیس، ژامبون و اغذیهٔ نظیر آن خودداری فرمایند.

۲ـ به طور حتم با غذایشان از سبزیجات تازه و میوه استفاده نمایند.

۳ـ خوردن یک لیتر شیر و همچنین ماست بسیار برایشان مفید است.

۴ـ دقت نمایند که مزاجشان مرتب باشد، به طوری که روزی یک نوبت به خوبی تخلیه شود و در صورت لزوم با خوردن میوه‌جات و سبزیجات و حتی شیرهٔ انجیر و آلوی خیس کرده به این امر کمک نمایند.

۵ـ دم کردهٔ برگ بُلدو یا هربوزان هر روز ۲ فنجان چایخوری کمک بزرگی به درمان آنها می‌نماید.

۶ـ یک داروی قدیمی به نام عرق کاسنی در این مورد بسیار مُؤثّر است.

۷ـ و بالأخره می‌توانند هر روز صبح یک قاشق سوپخوری سولفات دومنیزی را در یک لیوان آب حل نموده، ناشتا میل نمایند.

۸ـ در اطفال شستشو را فراموش نکنید.

بند آمدن ادرار (در بالغین)

نخست باید یادآور شویم که شاش‌بند یعنی عدم توانایی تخلیهٔ مثانه به میل و اراده و یا هنگام پیدایش حس ادرار. به طور کلی باید دانست مجموع عواملی که موجب بروز شاش‌بند می‌شوند، چهار دسته هستند:

۱ـ دستهٔ اوّل

علل فیزیکی ـ مهمترین عوامل فیزیکی مولد شاش‌بند، وجود اجسام خارجی در مجرای ادرار، تنگی مجرای ادرار، ورم غدهٔ پروستات یا بزرگ شدن پروستات و سنگ‌های مثانه هستند.

۲ـ دستهٔ دوّم

ضایعات و یا بیماری‌های عضوی مثانه جزء این دسته از عوامل هستند؛ چون، ورم مثانه یا سنگ‌های مثانه، ورم قانقرایایی مثانه.

۳ـ دستهٔ سوّم

ضایعات مغز و پی یا علل عصبی؛ چون، ضربه‌های وارده به مغز یا شوک‌های عصبی، خونریزی مغزی، هیستری و ناراحتی عصبی.

۴ـ دستهٔ چهارم

علل انعکاسی ـ عوامل انعکاسی مسبب این عارضه، اغلب پس از یک عمل جراحی روی شکم و لگن خاصره و یا بعد از زایمان یا پس از متسّع‌کردن مجرای ادرار و یا مقعد دیده می‌شود. گاهی هم احتباس انعکاسی ادرار در بعضی از امراض تب‌دار و به خصوص

حصبه دیده می‌شود.

در هر حال علت بروز این احتباس هر چه که باشد، گذشته از رنج و ناراحتی که به شخص می‌دهد، موجب اتّساع مثانه، لوله‌های حالب و بالأخره لگنچه و کلیه‌ها می‌شود و باعث عفونت و بیماری‌های مختلف دستگاه ادراری خواهد شد.

شاش‌بند به دو صورت بروز می‌کند:

۱ـ شاش‌بندهای کامل و حاد

این قبیل شاش‌بندها نزد اطفال عموماً به علت سنگ مثانه و پیش جوانان در اثر سوزاک حاد یا تنگی مجرای ادرار و نزد پیران در نتیجهٔ بزرگی پروستات بروز می‌کند و هر گونه کوششی برای ادرار کردن بدون نتیجه مانده، به عدم موفّقیت منجر می‌گردد. بیمار مبتلا به شاش‌بند نخست به میل خود زور می‌زند تا شاید بتواند ادرار کند، اما به تدریج که دردهای زیر دل شدت می‌یابد، زورها نیز خارج از اراده شده و چنان بر شدت دردها می‌افزاید که بیمار بیچاره را بی‌تاب و مُستأصل می‌کند.

ازدیاد شدت درد گاهی موجب بیهوشی بیمار می‌شود؛ ولی، کمتر اتفاق می‌افتد که احتباس زیاد از حد ادرار موجب ترکیدن مثانه گردد. زیرا گذشته از آنکه جدار آبدان با ازدیاد تدریجی فشار مایع درونی خود سازش می‌کند، به هر اندازه که میزان اتّساع بالاتر رود نیز مقدار ترشح پیشاب از کلیه‌ها کمتر شده و بر شدت دردها افزوده می‌گردد، تا آنجا که این آخری خود موجب مراجعهٔ بیمار به پزشک و نجات و درمان او از ابتلای به چنین حادثه‌ای خواهد شد. به علاوه گاهی ازدیاد فشار ادرار محتوی مثانه، موجب باز شدن اسفنکتر (دریچهٔ نگاهدارنده) شده و بی‌اختیاری در ادرار و تخلیهٔ کامل صورت می‌گیرد.

۲ـ شاش‌بندهای مزمن

این شاش‌بندها به تدریج ایجاد و کم‌کم بر شدت آنها افزوده می‌شود. در این نوع شاش‌بندها قدرت ادرار کردن باقی است. امّا همیشه مقداری از ادرار در مثانهٔ بیمار باقی می‌ماند.

درمان

گذشته از درمان اساسی و تشخیص علت بیماری که پس از مراجعه به پزشک معلوم و درمان خواهد شد، لازم است تا قبل از رسیدن به پزشک به چاره‌جویی و رفع این رنج و ناراحتی بپردازید:

۱ـ خود یا بیمارتان را گرم نگه دارید.

۲ـ در صورتی که کودکی دچار این عارضه شده است، او را گرم نگاه دارید و حتی‌الامکان در وان آب گرم بنشانید تا به تدریج ادرار باز شود.

۳ـ برای جوانان هم که به علت سوزاک و بیماری دچار این ناراحتی شده‌اند، وان آب گرم و کیسهٔ آب گرم بسیار مفید و نتیجه‌بخش است.

۴ـ برای پیران نیز می‌توان از وان آب گرم استفاده کرد و چنانچه وسیلهٔ استریل کردن و سوند زدن داشته باشید، بهترین راه و چارهٔ این عارضه سوند زدن است که باید با کمک پزشک انجام شود تا ادرار خارج گردد.

بوی بد دهان

شاید هیچ کس راضی نباشد که دچار چنین نقیصه یا بیماری ناراحت‌کننده‌ای باشد، به خصوص بانوان که واقعاً برای آنان عیب بزرگی است.

شاید زننده‌ترین و مشمئز کننده‌ترین عیب در هر شخص بوی بدی است که دهان او می‌دهد.

هر چقدر زیبا و تمیز باشید و هر قدر خوب آرایش کرده باشید، وقتی که دهانتان بو بدهد، تمام زیبایی‌های شما را از دیده می‌برد و این بوی نامطبوع موجب ناخشنودی طرف مقابل شما می‌شود. بسیاری هستند که نمی‌دانند دچار چنین عارضهٔ نامطبوعی هستند. ضرورت دارد هر کس درا ین مورد خود را مورد آزمایش قرار دهد و از نزدیکان خود بخواهد با استنشاق بوی دهانش او را از این نگرانی خارج سازند. اما خود این عارضه نیز نشانهٔ بیماری و ناراحتی دستگاه‌های مختلف بدن است.

بیماری‌هایی که تولید بوی بد دهان می‌نمایند عبارت‌اند از:

۱ـ فاسد بودن دندان‌ها و خرابی لثه‌ها

۲ـ لوزه‌های چرکی

که در این دو بیماری با شستشوی دهان و معالجهٔ دندان‌ها و همچنین رفع چرک لوزه‌ها بوی بد دهان تمام می‌شود. اما بیماری‌های اصلی که موجب این بوی نامطبوع می‌شود، بیش از همه عبارت‌اند از:

۱ـ نارسایی و تنبلی کبد

۲ـ عدم فعالیت و قدرت دفع کلیه‌ها

۳ـ بیماری‌های دستگاه گوارش (اتساع معده، ورم معده)

۴ـ کولیت و بیماری‌های روده

۵ـ سرطان مری، معده و کبد

۶ـ بیماری‌های ریه

باید دانست بیش از هر چیز کبد مسئول بوی بد دهان است. کبد با فعالیت خود موجب می‌شود که مواد سمی در بدن خنثی گردد و نیز مواد فاسد و یا موادی که برای بدن زیان‌آور است، تغییر شکل شیمیایی یافته، از طریق روده‌ها و کلیه‌ها دفع گردد که معمولاً این فعل و انفعالات شیمیایی تولید گازها و تخمیراتی می‌نماید. حال اگر کبد به خوبی نتواند به دفع این سموم بپردازد و یا نتواند تخمیراتی که در معده و روده‌ها به وجود می‌آید، به وسیلهٔ صفرا تغییر داده و دفع نماید، چون این گازها در دستگاه گوارش دائماً وجود دارد از طریق مری و دهان به خارج آمده و با صحبت کردن شخص منتقل می‌شود، و نیز وقتی که معده نتواند به خوبی غذا را هضم و دفع کند، به خاطر وجود ترشحات گوناگون خود موجب تخمیر شده و به تدریج مواد غذایی فاسد می‌شود و باز گازهایی که از این فساد مواد غذایی حاصل می‌شود، از طریق دهان و هنگام صحبت کردن دفع و موجب ناراحتی می‌شود. لذا بیش از هر عامل باید به وضع دستگاه گوارش و کبد توجه داشت تا بتوان جلوی این ناراحتی نامطبوع را گرفت.

چارهٔ آن چگونه است؟

همان طور که گفتیم علت اصلی و یا بیشترین علل به وجود آمدن بوی بد دهان بیماری‌های کبد و دستگاه گوارش است. لذا باید هر کس بداند که چگونه از کبد خود مواظبت نماید و چگونه جلو نارسایی و تنبلی آن را بگیرد و یا چگونه فعالیت آن را افزون نماید تا به رفع این ناراحتی موفق گردد.

نخست باید از خوردن موادی که کار کبد را زیاد می‌کند و نمی‌گذارد که کبد به خوبی انجام وظیفه کند، خودداری نماید و نیز از خوردن موادی که موجب ازدیاد بوی دهان می‌شود نیز پرهیز کند. ساده‌ترین دستورات این است که:

۱ـ از خوردن چربی، تخم‌مرغ، اغذیهٔ سرخ شده، کِرِمِ شکلات، مشروب و ادویه خودداری نمایید.

۲ـ هر روز صبح یک لیوان آب لیموترش یا آب نارنج مخلوط با آب و نیز آب آلوی خیس کرده میل فرمایید. اگر دسترسی به لیمو یا نارنج و آلو ندارید، می‌توانید مقداری آب‌غوره در یک لیوان آب حل و میل کنید.

۳ـ در فصل تابستان حتماً از آب هندوانه، آب انگور، آب طالبی، آب هویج یا میوه‌هایی چون گوجه و آلو میل فرمایید.

۴ـ رعایت فرمایید پیوسته مزاجتان مرتب باشد. فراموش نکنید که میوه‌جات و سبزیجات چون کاهو و یا هندوانه و آلوی خیس کرده می‌تواند شما را در این امر کمک نموده و موجب راحتی دفع روده‌ها بشود و بدین وسیله از ماندن مواد دفعی در روده‌ها جلوگیری کرده، بوی دهان را مرتفع سازد.

۵ـ سبزی تازه را پیوسته با غذا میل فرمایید. به خصوص سبزیجاتی نظیر جعفری، کرفس، شاهی، نعناع و هویج را نیز هر روز مقداری میل فرمایید.

۶ـ به شما توصیه می‌کنیم که چنانچه بتوانید هر روز صبح ناشتا دهانتان را با محلول آب و لیموترش شستشو دهید و رعایت رژیم ذکر شده را بنمایید، از این عارضهٔ نامطبوع رهایی خواهید یافت.

بگذارید عرق کنید.

پوست بدن آدمی علاوه بر تشکیلات مختلف حاوی غدد ریز ترشحی است که مأمور ترشح عرق است. هر غدهٔ عرق لولهٔ مخصوص ترشحی دارد که تا زیر پوست می‌آید و با چشم عادی نیز می‌توان آن را دید. در هر سانتی‌متر مکعب از پوست بدن به طور متوسط ۱۲۰ غدهٔ عرق موجود است که مطابق محاسبهٔ دقیق تعداد آنها در تمام سطح بدن به ۲/۵ میلیون می‌رسد؛ ولی تقسیم آنها در نقاط مختلف یکسان نیست.

عرقی که روزانه توسط غدد مخصوص ترشح و سبب مرطوب ساختن پوست بدن می‌شود، یکی از راه‌های دفع سموم بدن است؛ به قسمی که کلسترول، اوره، آمونیاک و اسید لاکتیک به مقدار قابل ملاحظه‌ای وسیلهٔ عرق روزانه دفع می‌شود. عرق معمولاً حاوی مقدار زیادی کلروردوسدیم، گلوکز، کلسیم، پتاسیم، منیزیم نیز هست. اسیدهای مختلف مثل اسید استیک، اسید فرامیک، اسید بوتیریک و غیره نیز از راه عرق دفع می‌شوند.

معمولاً عرق به محض ترشح و خروج از لوله‌های مخصوص و رسیدن به سطح پوست بخار می‌شود. یعنی بدون اینکه اثری از خود به‌جا بگذارد، سموم مختلف را دفع می‌کند. تا امروز به تجربه ثابت شده آدمی در حال عادی روزانه در حدود $\frac{1}{2}$ لیتر عرق می‌کند. البته عوامل مختلف در ازدیاد این میزان عرق اثر دارند. مثلاً ازدیاد مصرف نوشیدنی‌ها سبب تعریق فراوان می‌شود و در چنین موارد میزان عرق روزانه ممکن است به چند لیتر برسد.

عرق کردن برای بدن لازم است.

عرق روزانه از طرفی سبب نرم و مرطوب نگاه‌داشتن پوست بدن می‌شود و از طرف دیگر به خنک کردن پوست بدن کمک می‌کند. به همین دلیل آنها که عرق نمی‌کنند، دفاعشان در برابر گرما کمتر است. ضمناً عرق سبب دفع بسیاری از سموم بدن می‌شود و

روی این اصل اعمال غدد عرق را به عنوان کمک به کلیه می‌توان تلقی کرد. یکی از دانشمندان با تجربیات خود نشان داده است که اگر از عرق کردن حیوانی چون اسب جلوگیری کنیم، حیوان در مدت کمی خواهد مُرد. تجربیات دیگر نشان داده است که تزریق ۵۰ سانتی متر مکعب از عرق آدمی برای کشتن خرگوشی به وزن یک کیلوگرم کافی است. از همه مهمتر عرق راه اصلی دفع اسیدلاکتیک است که توسط حرکات عضلانی ایجاد می‌شود.

ازدیاد عرق ناراحت کننده است.

مسلماً ازدیاد عرق که سبب ازدیاد دفع مواد مختلف می‌شود، به تدریج سبب ایجاد بوی نامطبوع بدن می‌گردد و به خصوص در نواحیی که تهویه به خوبی انجام نمی‌گیرد، مثل زیر بغل یا کشالهٔ ران ممکن است به پوست نیز صدمه برساند. از طرف دیگر عرق برای دفع بعضی از مواد دارویی مهم است؛ مثلاً ید، ارسنیک، والریان، الکل، کینین، ویتامین B_1 و مواد معطر چون سیر از راه عرق دفع می‌شوند که پوست بدن را آلوده می‌سازند. ولی باید در نظر گرفت تمام این عوارض با شستشوی مرتب بدن برطرف می‌شود. تجربیات دانشمندان نشان داده است که مصرف ویتامین B_1 از راه دهان سبب تغییر مخصوصی در عرق روزانه می‌شود که از نزدیک شدن پشه و مگس به بدن جلوگیری می‌کند. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که با مصرف ویتامین B می‌توان از شرّ گزش این حشرات تا حدّی مصون ماند.

آنان که زیاد عرق می‌کنند.

مسلم است ورزش و کارهای شدید عضلانی سبب ازدیاد دفع عرق می‌شود و چون از این راه مقدار زیادی از مواد ذخیره و املاح بدن نیز به خارج دفع می‌شود، انسان پس از ورزش طولانی و عرق کردن میل به آب‌تنی و به خصوص مصرف شربت قند یا سایر نوشیدنی‌های سرد می‌کند تا علاوه بر خنک شدن پوست بتواند کسر املاح بدن را نیز جبران کند. ولی اشخاصی که در حال عادی عرق فراوان دارند باید آن را یک نوع بیماری تلقی کرده و در تجسّس علت بکوشند.

پس از عرق کردن چه کنیم که سرما نخوریم؟

معمولاً آدمی پس از عرق فراوان چون پوست بدنش مرطوب است اگر در موضع جریان هوا واقع شود، به زودی سرما می‌خورد و بیمار می‌گردد و برای جلوگیری از این عارضه بهتر است پس از ورزش‌های طولانی و یا راهپیمایی عرق بدن را به وسیلهٔ آب شست، زیر دوش رفتن یا در استخر شنا کردن با از بین بردن رطوبت سطحی بدن به خوبی می‌تواند از ابتلای به سرماخوردگی جلوگیری کند.

بیماری افسردگی

احساس افسردگی یک پدیدهٔ طبیعی است که بر اثر عوامل خارجی ممکن است به نسبت‌های مختلف در هر فرد پیدا شود. ولی چنانچه حالت افسردگی شدید باشد و یا این حالت مدتی طولانی ادامه یابد و فرد را از پای درآورد، آن وقت است که این پدیدهٔ طبیعی حالت بیماری پیدا می‌کند و گویند فرد دچار «بیماری افسردگی» است. بیماری افسردگی به اشکال زیر دیده می‌شود:

الف ـ بیماری افسردگی واکنشی (نوروِز افسردگی)

مبتلایان به این بیماری از نظر قوای درونی، قوهٔ تشخیص، قدرت اراده و قدرت ادارهٔ امور مربوط به خود دچار اختلالات زیادی نیستند و خوب و بد را تشخیص می‌دهند. یادآوری می‌شود که این بیماری اگر چنان شدتی یابد که به مرحلهٔ اختلال رفتار برسد، باز هم فرد مبتلا به آن نسبت به اعمال خود مسئول است و چنانکه گفته شد این نوع افسردگی واکنشی بوده، معمولاً عوامل خارجی و محیط معینی عامل ایجاد کنندهٔ بیماری است.

ب ـ بیماری افسردگی روانی (پیسکوز افسردگی) (ملانکولی)

در این بیماری فرد مبتلا از نظر قوهٔ شعور، قوهٔ تشخیص، قدرت اراده و ادارهٔ امور مربوط به خود دچار اختلال است و قادر به تشخیص شرایط خود و محیط اطراف نیست و خوب و بد را از هم تمیز نمی‌دهد. بنابراین اگر فرد در ایام بیماری جرمی مرتکب شود، مسئولیتی متوجه او نیست. تداخل علل، به خصوص عوامل درونی بیشتر موجب ابتلای فرد به این بیماری می‌شود.

از نظر علت شناسی

راجع به رده‌بندی فوق، اختلاف نظرهایی موجود است و عده‌ای بنابراین عقیده که

نمی‌توان عوامل خارجی و محیطی را در ایجاد بیماری ـ حتی در بیماری‌های گروه دوم ـ بی‌اثر دانست، بیماری‌های افسردگی را تحت یک عنوان شناخته، آنها را از نظر شدت و نوع علائم (که واکنش طبیعی و افسردگی خفیف باشد یا شدید) طبقه‌بندی می‌کنند. لذا اختلاف نظرهای مذکور در مورد طبقه‌بندی این بیماری‌ها، شناخت بیشتری را ایجاب می‌نماید.

تعریف

بیماری افسردگی نوعی بیماری عصبی، روانی است که اولین و مهمترین خصوصیت غالب در آن، مشخص بودن تغییرات خلق و عاطفه است که با احساس غم همراه است و این احساس غم و اندوه ممکن است از یک حالت خفیف به یک حالت افسردگی فوق‌العاده شدید نوسان و تغییر یابد.

همراه با این تغییرات عاطفی و خلقی، تغییراتی نیز در سلوک، رفتار، فکر، چگونگی فعالیت‌ها و فعل و انفعالات فیزیولوژیکی بدن پدیدار می‌گردد.

حالت افسردگی می‌تواند علامتی باشد که با دیگر علائم در بیماری‌های مختلف روانی همراه شود. پس حالت افسردگی را می‌توان یک حالت طبیعی دانست. چنانکه وقتی فرد، عزیزی را از دست می‌دهد و یا در زندگی با مسئله‌ای برخلاف میلش مواجه می‌شود، دچار حالت افسردگی می‌گردد. نیز ممکن است افسردگی علامتی از یک سری بیماری‌های جسمانی و یا یک بیماری مشخص روانی باشد. تفاوت بین این سه حالت را می‌توان با در نظر داشتن مدت، شدت یا ضعف و میزان تأثیر حالت افسردگی در سیستم فکری و فعالیت‌های روانی فرد مشخص کرد.

افسردگی با خصوصیات فوق هنگامی که به صورت بیماری باشد، کلیهٔ فعالیت‌های جسمانی ـ روانی فرد را در برمی‌گیرد. یعنی انرژی و تمایلات را کم می‌کند و موجب اختلال در فکر و در وضعیت جسمانی، شخصیت و علاقه و خلاصه تمامی جنبه‌های جسمانی و روانی شخص می‌گردد.

علائم کلی بیماری افسردگی

فرد مبتلا به بیماری افسردگی دارای ظاهری غم‌زده و چشمانی غم‌آلود است. با

کُندی در اعمال و چنانکه گویی کار بسیار شدید جسمانی انجام داده باشد، خسته به نظر می‌آید. صورت او بی‌حرکت و مملو از غم و اندوه است و اگر اضطراب نیز همراه افسردگی باشد، صورتی پُر از وحشت دارد. در بعضی از بیماران به جای کُندی در اعمال ممکن است حالت بی‌قراری دیده شود و بیمار در حالی که مرتب دست‌ها را به هم می‌مالد، پی در پی آه می‌کشد.

بیمار مبتلا به افسردگی گویی تمام غم دنیا را در سینه دارد. از احساس اندوه و بدبختی لبریز است. احساس بیماری و بیهودگی می‌کند و حوصلهٔ انجام‌دادن هیچ کاری را ندارد. همه چیز و همه کس را با بدبینی می‌نگرد. گاهی آن قدر افسردگی و غم وجود او را در بر می‌گیرد که حتی قادر به بیان میزان و شدت آن نیست. ممکن است بیمار خود به این احساس غم درونی پی نبرد و بیماری خود را یک بیماری جسمانی فرض کند و به علت دردهای جسمانی به پزشک مراجعه نماید.

بیمار افسرده قادر به خوابیدن نیست. در نوع افسردگی روانی، بیمار صبح زود از خواب برمی‌خیزد و دیگر نمی‌تواند بخوابد. در حالی که در افسردگی واکنشی، اِشکال بیمار در به خواب رفتن اول شب است. به علاوه بیمار اشتها ندارد و در نتیجه در زمانی کوتاه مقدار زیادی از وزنش کاسته می‌شود. تمایلات جنسی از بین می‌رود. در بانوان اختلالات قاعدگی یکی دیگر از علائم بیماری است.

شخص مبتلا به بیماری روانی افسردگی، از اینکه نمی‌تواند تمرکز فکر داشته باشد و فکری را به طور منظم دنبال کند و یا راجع به مسئله‌ای اندیشه نماید، شکایت دارد. قادر به اتّخاذ تصمیم نیست و آنچه که به فکرش می‌آید و درباره‌اش می‌اندیشد، جنبه‌های منفی دارد. بسته به شدت و ضعف بیماری، دائم به مرگ و میر و نیستی و از دست دادن عزیزان و فقر و بدبختی فکر می‌کند.

بیمار مبتلا به ملانکولی، علاوه بر اینها، احساس پشیمانی، ندامت، ناشایستی، هذیان اتّهام به خود، سرزنش دائم و حتی نیستی وجود خود را دارد. بعضی وقت‌ها احساس می‌کند مرده است و یا بعضی از قسمت‌های بدنش وجود خارجی ندارند. به طوری که می‌گوید من معده ندارم، قلب ندارم و یا دستگاه هاضمه‌ام کار نمی‌کند. گاه به علت گناه

فرضی، خود را تحت تعقیب دیگران می‌داند و این احساس گناه فرضی چنان روح او را آزرده می‌سازد که ادامهٔ زندگی را بی‌فایده می‌داند. اقدام به خودکشی در میان این نوع بیماران زیاد است. حتی آنان گاهی اوقات با این تصور که زندگی برای عزیزانشان نیز دردناک است، برای خلاصی و نجات آنان از این زندگی پُر درد و رنج در صدد قتل آنان بر می‌آیند.

اگر در محیط زندگی آنان دزدی شود، خود را گناهکار می‌دانند و تصور می‌کنند دزدی توسط آنها صورت گرفته و می‌ترسند تحت تعقیب واقع شوند. احساس عذاب الیم می‌کنند که این عذاب به مراتب از هر درد جسمانی کُشنده‌تر است. فکرشان کاملاً مختل است. به جز درد و بدبختی خود به چیز دیگری فکر نمی‌کنند و به عالم خارج توجهی ندارند. دائم ناله سر می‌دهند و پشیمان گذشتهٔ از دست رفتهٔ خویش‌اند. مرگ را برای خود عروسی می‌دانند. ولی از اینکه بعد از مرگ به جهنم می‌روند، وحشت زیادی دارند. همین طور به واسطهٔ این قبیل افکار هذیانی که می‌خواهند سرشان را ببرند و یا به زندانشان بیفکنند، در نگرانی دائم به سر می‌برند. از سن ۴۵ سالگی به بعد بیماری ملانکولی، رجعتی می‌شود. بیمار مبتلا به ملانکولی به ندرت دچار توهّمات شنوایی نیز می‌شود. مثلاً می‌شنود که او را به عنوان قاتل و جانی یا بدکاره و فاسد صدا می‌کنند.

در حالی که خود را مرده می‌پندارند، عجز و لابه می‌کنند و در پی یافتن راهی هستند که آنان را از مرگ نجات دهد. از دست دادن تمایلات ممکن است تا آن حدی شدت یابد که بیمار سر کار نرود یا علاقه به فامیل نداشته باشد. از آنچه که در گذشته لذت می‌برد، دیگر احساس لذت نکند و حتی به بهداشت خود توجهی ننماید و یا گاهی بیمار دچار هذیان هیپوکُندریکال (خودبیمارانگاری) می‌شود. فکر می‌کند سرطان گرفته و یا مبتلا به بیماری‌های مقاربتی است.

از مشخصات دیگر این بیماران این است که چون صبح از خواب برمی‌خیزند، حالشان خیلی بد است و به تدریج تا غروب بهتر می‌شوند. ولی بیماران مبتلا به افسردگی واکنشی، معمولاً صبح‌ها حالشان خوب است و می‌توانند کار کنند و به تدریج تا غروب بدتر می‌شوند.

ناراحتی‌های جسمانی به صورت سر درد، دردهای مبهم و پراکنده، سوء هاضمه، احساس گرفتگی و یا تپش قلب، سرگیجه، یبوست، تکرر ادرار، تنگی نفس، اختلال بینایی و خشکی دهان است.

شیوع

بیماران افسرده ۲۵ تا ۴۰ درصد بیماران روانی را تشکیل می‌دهند که نوع افسردگی روانی در حدود ۱۰ درصد کل را تشکیل می‌دهد (مبتلایان به بیماری افسردگی روانی احتیاج به بستری شدن دارند.)

برای هر فرد در طول عمرش یک درصد احتمال ابتلا به بیماری افسردگی وجود دارد و این احتمال در مورد زنان دو برابر بیشتر از مردان است. این بیماری در سنین بالا بیشتر از سنین پایین دیده می‌شود. همین طور هر چه سن بالاتر رود شدیدتر و نوع روانی آن بیشتر است.

بی‌اشتهایی

بی‌اشتهایی یا از بین‌رفتن میل به غذا در تعداد زیادی از اختلالات دستگاه گوارشی و خارج دستگاه گوارشی علامت بارزی است و باید آن را از سیری و عدم تحمل به بعضی از غذاها به خوبی باز شناخت. بی‌اشتهایی در تعداد زیادی از بیماری‌ها دیده می‌شود و بنابراین ارزش تشخیص خاصی ندارد. عملکرد گرسنگی و اشتها در بیماری‌های گوناگون معلوم نیست. به طور طبیعی مصرف غذا توسط دو مرکز هیپوتالاموسی خارجی (مرکز تغذیه) و قدامی (مرکز سیری) تنظیم می‌شود. مرکز دوم، بعد از خوردن غذا مرکز تغذیه را مهار می‌کند و باعث احساس سیری می‌شود.

بی‌اشتهایی به طور شایع در بیماری‌های دستگاه گوارش و کبد وجود دارد. مثلاً قبل از ظهور یرقان در هپاتیت دیده می‌شود و در کارسینوم معده، علامت بارزی است. در بیماری‌های دستگاه گوارش، باید بی‌اشتهایی را از (سیتوفوبی Sitophobit)، باز شناخت. در سیتوفوبی، بیمار به علت آنکه بعد از خوردن غذا یا همراه با آن دچار ناراحتی می‌شود از خوردن غذا ترس دارد. در این حالت اشتهای بیمار خوب است ولی غذا صرف نمی‌کند. سیتوفوبی مثلاً در آنتریت رژیونال (مخصوصاً با انسداد نسبی) و یا در بیماران مبتلا به زخم معده بعد از گاسترکتومی کامل یا ناقص نیز دیده می‌شود. بی‌اشتهایی همچنین ممکن است علامت بارز بیماری‌های خارج دستگاه گوارش باشد. مثلاً در نارسایی شدید احتقانی قلب بی‌اشتهایی زیاد است و می‌تواند تا اندازه‌ای زیاد باعث کاشِکسی (لاغری بیش از حد) این بیماران گردد. در مبتلایان به اورمی، نارسایی ریوی، اندوکرینوپاتی‌های متعدد (نظیر هیپرپاراتیروئید، بیماری آدیسون، کم کاری کامل هیپوفیز) بی‌اشتهایی علامت اصلی است. همچنین بی‌اشتهایی اغلب با اختلالات روانی نظیر اضطراب یا افسردگی همراه است.

بی‌اشتهایی عصبی

ANOREXIANERVOSA

در مورد تاریخچه، شاید مطالبی شبیه به بی‌اشتهایی عصبی را بشود حتی در نوشته‌های افلاطون و بقراط نیز یافت. ولی آنچه قطعی است از حدود ۱۰۰ سال قبل بیماری هویّت مشخص کلینیکی پیدا کرده است.

در آن زمان «گول» در انگلیس و «لاسکو» در فرانسه بیماری را مطرح کردند. فرصت برای بررسی نظریات مختلف در فاصلهٔ ۱۰۰ سال نیست. فقط به عقاید تازه‌ای که در سال‌های اخیر در مورد بیماری عنوان شده، به طور مختصر اشاره می‌کنم.

در مورد شیوع به نظر «کِی» روان‌پزشک انگلیسی موارد بسیار فراوان‌تری نسبت به گذشته دیده می‌شود. آمار قدیم که در حدود ۱/۶ در صدهزار از جمعیت عمومی ذکر می‌شد، در انگلستان تقریباً به ۱ در هزار خانم‌های ۱۳ تا ۴۵ ساله می‌رسد.

شروع بیماری تأکیدی جدی است بر وجود یک استرس روانی. مضافاً معتقدند که بیشتر از ۵۰ درصد موارد بیماری با شروع رژیم ضد چاقی آغاز می‌شود.

بی‌اشتهایی عصبی، لاغری مفرط و سوء تغذیه‌ای است که بیمار به خود تحمیل می‌کند و گاهی می‌تواند برای حیات وی مخاطره‌آمیز باشد و با اختلالات روانی شدید همراه است که منجر به میل غیرطبیعی به کاهش وزن می‌شود. نمای بالینی اصلی بی‌اشتهایی عصبی عبارت است از: کاهش شدید وزن بدون آنکه علائم و نشانهٔ قابل ملاحظه‌ای از بیماری عضوی موجود باشد. گر چه نام این بیماری از بین رفتن اشتها را به خاطر می‌آورد، ولی وضع غذا خوردن نیز در این بیماران غیرطبیعی است و شامل دوره‌هایی از بی‌اشتهایی و دوره‌ای از مصرف زیاد غذاست. امتناع شدید از مصرف غذا اغلب عکس‌العملی نسبت به میل شدید به خوردن غذاست. به محض آنکه بی‌اشتهایی ظاهر شد، سایر عادات خاص نیز که در جهت کاهش وزن‌اند، ظاهر می‌شود. بیماران

ممکن است پنهانی غذا را دور بریزند، با تحریک استفراغ کنند و یا برای ایجاد اسهال مسهل بخورند. یکی از یافته‌های بارز در این بیماران این است که علی‌رغم حالت کمبود غذایی بسیار فعال و آگاه‌اند. بی‌اشتهایی عصبی با سایر اختلالات روانی رفتار از جمله گوشه‌گیری، وسواس، افسردگی و گاهی توهمات پسیکوزی همراه است و اغلب موارد بیمار به چاقی و تناسب اندام خود زیاد فکر می‌کند و به طور شایع طرز تلقی بیمار از حالت فیزیکی خود غلط است. وجود هر نوع ناهنجاری را انکار می‌کند و بدن استخوانی و لاغر خود را طبیعی تصور می‌نماید. وقتی این تظاهرات و اختلالات روانی اصلی باشند، بیماری را «بی‌اشتهایی عصبی واقعی یا اولیه» می‌نامند. ولی بی‌اشتهایی عصبی می‌تواند یکی از تظاهرات مهم اختلالات روانی باشد. مثلاً در بیماران هیستریک، بی‌اشتهایی علامت بارزی است. مبتلایان به حالت وسواس اضطراری ممکن است به طور افراطی خود را مقیّد به رژیم غذایی کنند و از این راه دچار سوء تغذیه گردند. در حالت افسردگی شدید بیمار ممکن است میل به خوردن غذا را از دست بدهد و بیماران پسیکوزی به علت ترس توهمی از غذا، از غذا خوردن احتراز نمایند. این نوع بی‌اشتهایی یا سوء تغذیه را «بی‌اشتهایی عصبی ثانویه» می‌نامند.

در معاینهٔ فیزیکی مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی، لاغر و استخوانی‌اند که اغلب فوق‌العاده شدید است. ممکن است کمبود ویتامین‌های متعدد وجود داشته باشد و فشار خون، سوخت و ساز بازال و حرارت بدن کمتر از حد طبیعی باشد. پوست اغلب خشک و پوسته پوسته است. بلوغ جنسی به طور واضح تأخیر دارد. در زنان آمنوره کاملاً شایع بوده و ظهور موی زیر بغل و ناحیهٔ زهار ممکن است تأخیر داشته باشد. ولی به طور کلی این بیماران آگاه‌اند، کاملاً همکاری می‌کنند و هوش طبیعی دارند.

تست‌های آزمایشگاهی بیشتر برای رد کردن بیماری‌های زیر دارای ارزش‌اند:

کارسینوماتوز، سل ریوی، کم کاری کامل هیپوفیز، حالات سوء جذب، آنتریت رژیونال و دیابت قندی. ولی بعضی حالات ممکن است به دلایل زیر به غلط بی‌اشتهایی عصبی تشخیص داده شود:

وقتی که بیماری عضوی اصلی مبهم باشد و یا وقتی که بیماری در مراحل اولیه بوده و

شرح حال، معاینهٔ فیزیکی و تست‌های آزمایشگاهی هنوز برای تشخیص کافی نباشد، و این موضوع مخصوصاً در موارد آنتریت رژیونال صادق است. کاملاً لازم است که قبل از تشخیص بی‌اشتهایی، تمام بیماری‌های عضوی احتمالی به طور همه جانبه مورد جستجو قرار گیرد، تا تشخیص مسلم گردد.

در مرحلهٔ استقرار بیماری در گذشته از سه علامت بی‌اشتهایی، لاغری و قطع رگل صحبت می‌شد که ما می‌دانیم عملاً بی‌اشتهایی در کار نیست؛ بلکه، امتناع از خوردن غذا مطرح است و تقریباً همهٔ نویسندگان اخیر اصولاً به اسم بیماری به همین دلیل معترض هستند. علامت جالب دیگر اشتباه در تخمین زدن اندازه‌های بدن است. «اسلَد» و «روسل» طی آزمایشی ثابت کرده‌اند که بیماران بی‌اشتها در تخمین اندازه‌های بدنشان بیشتر از مردم عادی اشتباه می‌کنند؛ و این اشتباه همیشه در جهت بیشتر تصور کردن این اندازه‌هاست. یک گروه بیمار بی‌اشتها و یک گروه شاهد برگزیده شدند. اندازه‌های صورت، سینه، کمر و باسن هر دو گروه را گرفتند و بعد از آنها خواستند که آن اندازه‌ها را تخمین بزنند. گروه بیماران بی‌اشتها تقریباً همگی اندازه‌هایشان را بیشتر از حد تخمین زده بودند.

در مورد پیش‌آگهی، در کُتُبِ قدیمی از وخامت بیماری صحبت می‌رفت تا آنجا که مرگ و میری بین ۵ تا ۱۵ درصد پیش‌بینی می‌شد. فعلاً پیش‌آگهی بسیار بهتری در انتظار بیماران است و به نظر نمی‌رسد در صورت تشخیص، منطقی باشد که مرگ بیمار فرا رسد.

در مورد درمان از نظر دارویی هنوز کلروپرومازین (لارگاکتیل) دارویی است که بیشتر توصیه می‌شود. (در دوزاژ بین ۶۰۰ـ ۳۰۰ میلی‌گرم)

هر چند پژوهش‌کنندگان از ملریل و آمی‌تریپتیلین نتایج مشابه گرفته‌اند. بدیهی است که پس از درمان دارویی، که بیشتر در مرحلهٔ حاد است و همزمان با خوراندن غذا به بیمار، روان درمانی مورد استعمال دارد و نوع آن بستگی به وضعیت بیمار و نظر پزشک معالج از پشتیبانی تا روانکاوی عمیق پیشنهاد شده است؛ اخیراً از رفتاردرمانی نیز نتایج مفیدی گرفته شده است.

بی‌اشتهایی روانی

شما هر روز به اشخاصی برخورد می‌کنید که از بی‌اشتهایی و بی‌رغبتی به غذا می‌نالند و راه چارهٔ مُؤثّری می‌طلبند.

از نظر علم پزشکی و دانش بهداشت و سلامتی بی‌اشتهایی علل مختلف دارد. حتی عده‌ای معتقدند که بی‌اشتهایی بیماری نیست، بلکه نشانه یا علامت بیماری‌های دیگر است.

بی‌اشتهایی روانی یک عارضهٔ بسیار شایع در میان دختران جوان است و می‌توان گفت تا حدود ۹۵ درصد از دختران جوان یا نوجوان به آن دچار هستند. این بی‌اشتهایی که هیچ‌گونه عارضهٔ روانی و روحی در بر ندارد، فقط یک اثر روانی و یا ترس از چاق شدن یا دلزدگی است که موجب بی‌اشتهایی گشته و بایستی با تحقیق و پژوهش یک پزشک کاردان پیجویی و درمان گردد.

ذکر این نکته نیز لازم است که بی‌اشتهایی دو نوع است:

۱ـ بی‌اشتهایی عمومی که نسبت به همه نوع غذا و مواد خوراکی است و منشأ روانی دارد.

۲ـ بی‌اشتهایی اختصاصی که در مورد بعضی غذاها و مواد، بی‌میلی وجود دارد.

بی‌اشتهایی اختصاصی بیشتر در بیماری‌های کبد و موادی که تولید ناراحتی می‌نماید، موجود است. مانند فردی که به تخم‌مرغ و یا چربی‌ها بی‌اشتهاست. یک نوع بی‌اشتهایی اختصاصی در بیماری‌های روحی دیده می‌شود که شخص بر اثر ناراحتی روحی یا عللی نامعین به بعضی مواد میل و رغبت ندارد.

بی‌اشتهایی عمومی

در اغلب بیماری‌ها دیده می‌شود:

۱ـ در تمام بیماری‌های عفونی و تب‌دار، مانند حصبه، مالاریا، تیفوس، برونشیت و تب‌های سرماخوردگی.

۲ـ در سل، بی‌اشتهایی مسلولین معروف است.

۳ـ در بیماری‌های معده

۴ـ در امراض کبد

۵ـ در کسالت‌های روده‌ای

۶ـ در آپاندیسیت

۷ـ در بیماری‌های عصبی

۸ـ در امراض روحی

۹ـ در عفونت‌های کلیوی

نکته‌ای که باید دانست علت بی‌اشتهایی است. لذا برای پی‌بردن به علت واقعی معاینهٔ پزشکی ضرورت دارد. با این حال می‌توانید با به کار بردن دستورات زیر تا حدی به درمان و چارهٔ آن توفیق یابید.

۱ـ از خوردن غذاهای چرب و حتی سرخ شده خودداری کنید.

۲ـ غذاهای پُر حجم چون آش و آبگوشت کمتر میل کنید.

۳ـ مقدار غذایی که میل می‌کنید کم ولی فواصل آن نزدیک‌تر باشد.

۴ـ از خوردن تنقّلات در فاصلهٔ غذایی خودداری کنید.

۵ـ در هر فصل آبمیوه را فراموش نکنید.

۶ـ قبل از هر غذا یک لیوان آبمیوه بنوشید.

۷ـ نیمه شب‌ها به جای آب خوردن، شیر جوشیدهٔ سرد بنوشید.

مشخصات دو بیمار

۱ـ خانم ج. ۲۱ ساله، مجرد، قد ۱۵۶ سانتی‌متر و وزن ۳۷/۵ کیلوگرم.

عامل روانی ـ قطع رابطه با دوست پسر که انگلیسی بوده و یک سال با هم زندگی کرده‌اند.

در شروع رژیم ضد چاقی، وزن حدود ۵۰ کیلوگرم بوده است.

نشانگان موجود ـ امتناع از خوردن غذا، گاهی پُرخوری به صورت خوردن غذای فراوان و بعد ایجاد تهوّع مصنوعی، قطع رگل از سه ماه قبل از مراجعه و لاغری واضح.

۲ـ خانم ک. ۲۴ ساله و مجرد.

عامل روانی مهم ـ طلاق بعد از دو سال زندگی مشترک با شوهر ایرانی در آلمان.

علائم ـ امتناع از خوردن غذا از حدود یک سال قبل از مراجعه، قطع رگل از ۵ ماه قبل و لاغری واضح، پیدایش بیش از اندازهٔ مو در نقاط مختلف بدن.

بسیار پُر کار و پُر حرکت و خستگی‌ناپذیر است.

در مورد دستاوردهای درمانی، خانم الف فعلاً در وضعیت خوبی است، ولی از خانم ب که ترجیح داد جهت معالجه همراه با برادر پزشک خود به اروپا سفر کند، اطلاع دقیقی ندارم. موضوع جالب، توقف هر دو بیمار به مدت نسبتاً طولانی در اروپا و نیز بالا بودن طبقهٔ اجتماعی این دو بیمار است. آیا این می‌تواند تنها یک اتفاق باشد؟

در خاتمهٔ بحث، به عنوان نتیجه لازم می‌دانم تأکید کنم که بی‌اشتهایی عصبی بیماری نادری است و نیاز به توجه دقیق در انبوه مراجعین دارد.

به‌گمان من هر دوشیزه یا خانم جوانی، که علی‌رغم لاغری واضح از رژیم غذایی خاص برای لاغرتر شدن استفاده می‌کند، مشکوک به بی‌اشتهایی عصبی است و نیاز جدی به بررسی روان‌پزشکی دارد.

بررسی‌های شخصیتی در این بیماران ثابت کرده است که:

ـ شخصیت‌های دفاعی، خشمناک و عتاب‌آلود دارای انقباضات با دامنه‌های بلند در ناحیهٔ سیگموئید هستند.

ـ و شخصیت‌های افسرده، زود تسلیم شو و مفعول دارای انقباضات با دامنه‌های کوتاه می‌باشند.

همیشه این سؤال مطرح بوده است که چرا فشارهای روانی باید به وسیلهٔ واکنش‌های کولون بازتاب داشته باشد؟

اخیراً این موضوع بدین ترتیب تفسیر می‌شود که مسئله با مراحل اولیهٔ زندگی ارتباط دارد. بدین ترتیب که مثلاً اگر کودکی از مادر خود در زمانی که مثلاً اسهال زیاد داشته

محبت و پشتیبانی دیده باشد، به طور ناخودآگاه یادگرفته است که به وسیلهٔ مدفوع شُل و اسهال با مسائل و محرومیت‌های روانی خود مبارزه کند و یا واکنش نشان دهد.

اخیراً در دانشگاه واشنگتن مطالعه‌ای جالب انجام شده که در مجلهٔ «گاسترو آنترولوژی» فوریهٔ ۱۹۷۶ به چاپ رسیده است.

در این مطالعهٔ کنترل شده یک گروه بیمار با کولیت عصبی و یک گروه که از نظر روانی کاملاً سالم بودند، مورد بررسی دقیق قرار گرفتند. نتیجه این بود که ۷۲٪ بیمارانی که کولیت عصبی داشتند، دچار یک نوع بیماری روانی بودند که هیستری و افسردگی از همه شایع‌تر بود؛ حال آنکه در گروه سالم فقط ۱۸٪ مبتلا به بیماری روانی بودند. این مطالعهٔ مهم اهمیت روان درمانیِ بیماران دارای کولیت عصبی را کاملاً محرز می‌کند.

قدر مسلم این است که بیماری‌های دیگر کولون و رابطهٔ آنها با روان به اندازهٔ کولیت عصبی بررسی نشده است.

یکی دیگر از بیماری‌های کولون که در ایران زیاد شایع نیست، کولیت اولسروز است. با وجودی که بیماری‌زایی اصلی این مرض هنوز کاملاً مشخص نیست، لیکن عوامل ویروسی اتوایمون و غیره مطرح شده است. تنش‌های روانی باعث شروع و یا عود بیماری می‌شوند و در نتیجه ناراحتی‌های روان‌تنی مدت‌هاست که در بیماری‌زایی کولیت اولسروز مطرح شده است؛ اما به این نتیجه رسیده‌اند که این ناراحتی‌ها به جای اینکه ایجاد کننده باشند، برای نشان دادن واکنش‌های بالینی کولون اکثراً تسهیل کننده هستند و این در اثر دگرگونی‌های سیستم عصبیِ خودکار است. به طوری که در سگ به وسیلهٔ تحریک شدید سیستم پاراسمپاتیک توانسته‌اند در کولون زخم حاد ایجاد کنند.

«اِنگِل» بر اساس آزمایش‌هایی که انجام داده، معتقد است افرادی که مبتلا به کولیت اولسروز هستند بیشتر یک شخصیت (وسواسی فکری ـ عملی Obsessive Compulsive) دارند و یا نابالغ هستند که در نتیجه برای برقراری روابط اجتماعی و جنسی خود دچار اشکال می‌شوند.

در یک مطالعهٔ دیگر با بررسی یک گروه بیمار کولیت اولسروز پی برده‌اند که آنان اکثر افرادی مضطرب و نافعال‌اند و کسانی هستند که از ناراحتی و کشمکش دوری می‌کنند و

از نظر هوش بالاتر از سطح معمولی هستند و در عین حال با وجود سعی در تحصیل و غیره، موقعیت‌های شغلی و شخصیتی و اجتماعی کسب نکرده‌اند. با وجود این، در یک مطالعهٔ کنترل شدهٔ جالب که اخیراً انجام شده و ۳۸ مورد بیمار با کولیت اولسروز را با یک گروه شاهد سالم از نظر روانی بررسی کامل کرده‌اند، بدین نتیجه رسیدند که برعکس کولیت عصبی در کولیت اولسروز اختلالات روانی زمینه‌ای وجود ندارد.

در بیماری کرون، به ویژه اگر کولون را گرفته باشد، علل روانی و تنش‌های عاطفی در شعله‌ور کردن بیماری و تشدید آن نقشی به عهده دارند.

با در نظر گرفتن بررسی‌های فوق چنین به نظر می‌رسد که بیماری‌های گوارش، به ویژه بیماری‌های کولون و روان رابطهٔ زیادی با هم دارند و در مواردی که بیماران به درمان‌های مطلق پزشکی جواب نمی‌دهند، بررسی روانی، روانکاوی و روان‌درمانی نقش عمده بازی می‌نماید.

بی‌اشتهایی بچه‌ها

بی‌اشتهایی عارضه‌ای است که در اغلب کودکان کشور ما دیده می‌شود و کمتر مادری را می‌توان پیدا کرد که از بی‌میلی و کم‌اشتهایی کودک خود ناراضی و نگران نباشد.

بی‌اشتهایی در سنین مختلف زندگی، علل متعددی دارد و طُرُق درمان آن نیز گوناگون و زیاد است. بی‌اشتهایی نوزادان نه چنانکه بعضی مادران تصور می‌کنند، به واسطهٔ جیوه داشتن شیر است و نه به جهت باد داشتن و خرابی آن، بلکه به واسطهٔ این است که اغلب نوزادان نمی‌توانند پستان مادر را خوب بمکند و پس از چند لحظه مکیدن، فک‌هایشان خسته می‌شود و از کار می‌افتد. در این صورت مادران نباید اصرار داشته باشند که نوزادشان به شیر خوردن خود ادامه بدهد، بلکه باید چند دقیقه صبر کنند تا خستگی فک‌های نوزاد برطرف بشود و دوباره شیر خوردن را از سر گیرد.

بعضی اوقات نیز پستان مادر به قدری پُر شیر است که وقتی نوزاد دو سه مرتبه مک می‌زند، دهانش پُر از شیر می‌شود و شیر راه گلویش را می‌بندد و نوزاد از ترس خفگی پستان را رها می‌کند و به ناله و گریه می‌افتد. در این موقع مادر که پس‌زدگی پستان و عدم تمایل نوزاد را می‌بیند، تصور می‌کند که شیرش خراب شده و فوراً به سراغ شیشهٔ «قنداغ» می‌رود تا بچه دل‌درد نگیرد و یا اگر شیر خشک به بچه می‌دهد، درصدد تعویض شیر برمی‌آید. در صورتی که عیبی در شیر مادر و یا شیر خشک وجود ندارد و تغییر شیر او، به خصوص دادن قنداغ، ممکن است موجب به هم خوردن تعادل مزاج نوزاد و پُر شدن شکم وی و بی‌اشتهایی بشود.

بنابراین مادرانی که پستان‌های پُر شیر دارند و یا صاحب نوزادی هستند که فک قوی دارد، نباید کم شیر خوردن نوزاد را دلیل گرسنگی او بدانند و او را به زور وادار به شیر خوردن بکنند.

بعضی از نوزادان نیز در عین دارا بودن سلامت کامل، از مکیدن نوک پستان مادر عاجزند و به واسطهٔ بزرگی و یا کوچکی زیاده از حد نوک پستان مادر، نمی‌توانند آن طوری که باید و شاید شیر بخورند. این قبیل مادران باید طوری نوک پستان خود را آرایش بدهند، یعنی با وسایل طبی آن را به اندازهٔ لازم بکنند که نوزاد به سهولت بتواند آن را بمکد و خود را سیر کند.

احتیاج به آب

معمولاً علل بی‌اشتهایی و یا کم شیر خوردن نوزادان تا سن چهار ماهگی مواردی است که در بالا گفتیم. ضمناً نباید از نظر دور داشت که در هوای گرم تابستان نوزادان هم مثل بزرگ‌ترها احساس تشنگی می‌کنند و احتیاج به آب دارند. چه بسا بی‌اشتهایی نوزادان به واسطهٔ این باشد که مادر روزانه چند جرعه آب به او نمی‌خوراند تا تشنگی سلول‌هایش رفع بشود و احساس گرسنگی در نوزاد آشکار گردد و آن وقت با میل و اشتهای کامل به شیرخواری بپردازد.

شیر کافی نیست

در نوزادان بزرگ‌تر از چهار ماه، بی‌اشتهایی ممکن است علل دیگری داشته باشد. وقتی طفل وارد چهار ماهگی می‌شود، بدنش به تغذیهٔ جدیدی نیازمند است و باید علاوه بر شیر، مواد غذایی دیگر نیز به او خورانید. مخصوصاً از شش ماهگی به بعد که ذخیرهٔ آهن خون کودک تمام می‌شود، برای رفع کم خونی باید او را با تغذیهٔ جدید آشنا ساخت.

یکی از بزرگ‌ترین علل بی‌میلی کودکان بزرگ‌تر از چهار ماه، یکنواخت بودن نوع غذا و کمبود مواد لازم غذایی در غذای روزانهٔ آنهاست. درست است که شیر غذای کاملی است، ولی فقط برای نوزادانی کافی است که بیشتر از سه چهار ماه ندارند. یک کودک شش ماهه که خوب می‌تواند دست و پای خود را حرکت دهد و یا کودکی یک ساله که می‌تواند راه برود، بنشیند و احیاناً بازی کند، بدنش به مصرف غذای بیشتری غیر از شیر، احتیاج دارد و مسلماً باید غذای زیادتری بخورد تا کالری لازم برای حیات خود را به دست آورد، وگرنه بی‌میل خواهد شد و هر چه به او شیر بدهند نخواهد خورد.

مواد لازم

مواد معدنی، مثل آهن، کلسیم، منیزیم، سدیم، پتاسیم و امثال آن برای کودک لازم است. در دستگاه خون‌سازی بدن و در غذای روزانهٔ او مقدار قابل ملاحظه‌ای از این مواد وجود دارد تا تعادل مزاج کودک حفظ بشود و میلش به غذا زیادتر گردد. ویتامین‌های مختلف مخصوصاً C و B و همچنین D و A نیز که در ساختن استخوان‌بندی کودک نقش مهمی دارند، باید به قدر کافی مصرف بشود تا موجب تحریک اشتهای کودک گردد.

کودکانی که از این مواد و ویتامین‌ها به اندازهٔ کافی مصرف نمی‌کنند، تغذیه‌شان ناقص است و همین نقص تغذیه به تدریج آنها را به غذا بی‌میل می‌کند؛ تا آنجا که آنها را به کلی از فعالیت باز می‌دارد.

مثلاً اگر روزانه به مقدار لازم آهن به بدن کودک نرسد، دستگاه خون‌سازی بدن او که احتیاج مُبرمی که مصرف این ماده دارد، دچار نقصان می‌شود و از ساختن خون باز می‌ایستد و به تدریج دچار کم خونی که خود یکی از عوامل مهم بی‌اشتهایی است، می‌گردد.

معمولاً در خون کودک باید در هر میلی‌متر مکعب ۵ـ۶ میلیون گویچهٔ قرمز (گلبول قرمز) وجود داشته باشد. ولی وقتی آهن به مقدار کافی به بدن او نمی‌رسد ممکن است گویچه‌های قرمز خون او ۲ـ۳ میلیون بشود. در این صورت خونِ عروق، معده، روده و مغز نیز ممکن است کم گردد. تا جایی که مغز از صدور دستورات کافی به اعضای بدن کودک بازماند و یا معده از تولید و ترشح مواد لازم برای ایجاد اشتها، سر باز زند و در نتیجه کم اشتهایی و بی‌میلی به غذا به وجود آید. علاج این نوع بی‌اشتهایی‌ها مصرف مقداری املاح و مواد معدنی مختلف است تا به تدریج کودک را از نعمت سلامت برخوردار گرداند؛ دستگاه‌های بدنش را به تغذیهٔ کامل وادارد و اشتهایش را سر جا آورد.

به طور کلی کم خونی یکی از بزرگ‌ترین علل بی‌اشتهایی کودکان است. کم‌خونی، بچه را از نشاط و حرکات عادی باز می‌دارد و کم‌کم بر میزان بی‌اشتهایی او می‌افزاید. چه بسا که بر اثر کم خونی دستگاه تنفس و قلب کودکان از کار منظم باز ایستد و او را به یک بیمار واقعی تبدیل کند.

غالباً بی‌خونی، بی‌حال و ناتوانی که در کودکان مشاهده می‌شود نیز معلول همین کم خونی است و علاج آنها افزودن مواد خونساز که آهن در رأس آنها قرار دارد، به غذای روزانهٔ کودک است.

پلو چیز خوبی نیست

در کودکان بزرگ‌تر، کم اشتهایی معمولاً به علت بدی رژیم غذایی است. کودکی که غذایش عبارت از پلو ساده است، به هیچ وجه قادر به رفع احتیاجات غذایی بدن خود نیست. مادرانی که به کودکان خود فقط چند قاشق برنج پخته و آب رفته می‌خورانند، نباید انتظار داشتن کودکان سالم و بانشاطی را داشته باشند.

غذای عادی ما ایرانیان عموماً خوب نیست. ما از نظر بهداشتی زیاد و بد غذا می‌خوریم. اغلب ما پلو را دوست داریم و آن را بدون اینکه کاملاً جویده شده باشد، وارد معدهٔ خود می‌کنیم و با همین عمل معدهٔ خود را رنجور و ناتوان می‌سازیم. آب دوغ و آش رشته هم همین طور است. این غذاها حاوی مقدار کافی مواد لازم برای بدن نیستند و نمی‌توانند نیازمندی‌های آن را برطرف کنند.

ما نباید هر چه دلمان خواست بخوریم و تنور شکم را دم به دم بتابیم. حتی در خوردن میوه هم نباید افراط کرد و روزانه چند عدد خیار، نصف هندوانه و یک شکم سیر خربزه، آن هم بعد از نهار و یا شام نباید خورد.

اغلب دیده‌اید که بعضی اشخاص با اینکه در منزل شام و دسر خورده‌اند، برای تفریح که سر پل تجریش می‌روند باز به هوس کباب، دل و قلوه و بستنی و شیرینی می‌افتند، چرا؟ برای اینکه شکم خود را بی‌خود پُر کرده و یا سیر غذا نخورده‌اند.

کودکان هم همین طور هستند و بعضی اوقات به واسطهٔ بدی طبخ غذا و نامناسب بودن آن و یا خوردن میوه و چیز دیگر قبل از غذا، موقع صرف غذا با اشتها غذا نمی‌خورند و بعد احساس گرسنگی می‌کنند.

به هر حال برای رفع بی‌اشتهایی علاوه بر حفظ سلامت کامل دستگاه‌های مختلف بدن باید در نوع و کیفیت غذا و طرز طبخ آن نیز دقت فراوان به عمل آورد و غذای روزانهٔ کودک را طوری ترتیب داد که از حیث کالری و مواد لازم برای بدن، غنی و سرشار باشد و احتیاجات بدن او را برطرف سازد.

بیماری‌های ناشی از غذاها

«بیماری‌های ناشی از غذا» ناراحتی‌های شدیدی هستند که ممکن است پس از خوردن غذا و یا آشامیدن نوشابه‌ای عارض گردند. این احتمال وجود دارد که در یک نوبت، یک و یا صدها نفر دچار چنین بیماری‌هایی بشوند. عوارض ناشی از حصول این امراض ممکن است تا حدودی آرام و فقط برای مدتی موقت ناخوشایند باشند و ممکن هم هست شدید بوده، منجر به مرگ شوند. این گونه بیماری‌ها می‌توانند دارای منشأ میکروبی و یا غیرمیکروبی باشند. بسیاری از بیماری‌های غذایی غیرمیکروبی به آسانی قابل تشخیص هستند. اما بعضی از آنها مشابه با بیماری‌های غذایی باکتریایی و یا ویروسی بوده، تشخیص آنها به سادگی ممکن نیست.

در خصوص رده‌بندی بیماری‌های ناشی از غذا عقاید متفاوتی ابراز شده است. در سلسله مقالاتی که به تدریج از نظر خواهند گذشت، کار طبقه‌بندی بر اساس تیپ‌های یازده‌گانه و عمدهٔ زیر صورت خواهند گرفت.

۱ـ شکم درد (پُری معده).

۲ـ تحمل ناپذیری یا حساسیت نسبت به غذا.

۳ـ توکسین (زهرابه)های جلبکی.

۴ـ توکسین‌های فلزی.

۵ـ توکسین‌های گیاهی.

۶ـ مواد شیمیایی مورد مصرف داروخانه‌ها یا کشاورزی.

۷ـ توکسین‌های حیوانی.

۸ـ امراض مربوط به تک یاختگان جانوری.

۹ـ ناراحتی‌های حاصل بر اثر بندپایان.

۱۰ـ عفونت‌های میکروبی.

۱۱ـ مسمومیت‌های باکتریایی و قارچی (از جمله میکوتوکسین‌ها که بعد از جمع‌آوری و یا ذبح در غذاها تولید می‌گردند). بسیاری از مردم از خطرات بعضی از غذاها که دارای توکسین‌های قارچی، گیاهی و یا جانوری هستند آگاه می‌شوند. ولی عوامل شیمیایی میکوتوکسین‌ها، عوامل ناراحتی‌های حاصل از بندپایان، عفونت و مسمومیت میکروبی معمولاً تغییری در ظاهر غذاها چه از لحاظ رنگ و چه مزه و بو نمی‌دهد، به این جهت شخص ندانسته گرفتار می‌شود.

۱ـ پُربودن معده (دل درد)

شکم درد عبارت از ناراحتی شدید ناشی از غذاست که در پی پُرخوری حاصل می‌گردد. برای مثال خوردن زیاد سوسیس کالباس، و یا سیب سبز نرسیده موجب پیدایش این ناراحتی در بچه‌ها می‌گردد. شکم دردهای سخت و قی که در پایان این پُرخوری و یا دقایقی بعد بروز می‌کنند از علائم این بیماری هستند. تنها چارهٔ کار، کم خوری و رعایت اندازهٔ غذای مصرفی است.

۲ـ تحمل ناپذیری یا حساسیت غذایی

حساسیت‌های غذایی عبارت‌اند از عکس‌العمل‌های مناسب در برابر غذاها که تحت عنوان آلرژی، ایمنی‌شناسی فزون حساسیتی و آنافیلاکسی (بیش حساسیتی به پروتئین) بیان شده و به این معنی است که تظاهرات ویژه‌ای از واکنش‌های آنتی‌ژن - آنتی بادی (پادتن)، متعاقب خوردن غذا، تماس با غذا و یا بوییدن غذا بروز می‌نمایند. حساسیت غذایی لحظاتی بعد از قرار گرفتن درمعرض غذا از طریق خوردن و یا بوییدن عارض می‌گردد. در فردی که نسبت به یک غذا و یا یک دارو حساس است، حساسیت موقعی بروز می‌کند که مولکول‌های آن ماده از طریق جدار مخاطی روده و یا جدار مخاطی بینی عبور نماید.

بعضی از مولکول‌های مواد غذایی و یا دارویی که به هیپرسنسیتیویتی (فزون حساسیتی) منجر می‌گردند از مواد پروتئینی نیستند و بدین ترتیب قادر به تحریک

گلبول‌ها در جهت تولید آنتی‌بادی (پادتن) نیستند. چنین مولکول‌هایی به عنوان هاپتن (پادتن ناکامل) وارد عمل می‌شوند؛ یعنی با پروتئین‌ها الحاق حاصل کرده و در نتیجه به صورت آنتی‌ژن در می‌آیند. برابر تخمین، ۲۰ درصد از مردم دارای آنتی‌بادی‌هایی علیه انواعی از غذاهای متعارف و معمول هستند. فقط معدودی از افراد دچار عارضهٔ هیپرسنسیتیویتی بوده که به چنین افرادی آتوپیک (آلرژیک ارثی) گفته می‌شود.

حساسیت نسبت به شیر، آرد گندم و تخم‌مرغ به خصوص در میان بچه‌ها متداول بوده و این امر شاید به این علت باشد که این مواد در غذاهای آنان به میزان وسیع وجود دارند؛ ولی باید متوجه بود که تعداد غذاهای موجد حساسیت بسیار زیاد است. این احتمال وجود دارد که غذاها یا ادویه‌هایی با مصرف کم و هر چند وقت یک‌بار مانند کرفس و یا فلفل قرمز موجب حساسیت در بعضی افراد شود. شدت عکس‌العمل‌ها در افراد مختلف متفاوت بوده ممکن است ضعیف و یا فوق‌العاده دردناک باشد و گه‌گاه هم با فاصلهٔ کوتاهی مرگ را موجب گردد. افرادی که به غذایی مخصوص حساس‌اند باید از مصرف آن غذا بپرهیزند و یا غیرحساس گردند.

حساسیت آلرژیکی وقتی اتفاق می‌افتد که آنتی‌بادی و آنتی‌ژن با یکدیگر متحد شوند و موجب اختلال و مزاحمت در سلول‌های مجاور و یا سلول‌های سایر نقاط بدن گردند. سه شکل فوری آنافیلاکسی، کهیر و تنگی نفس از همه معروف‌ترند. عکس‌العمل‌های تأخیری غذا یا کمتر معمول‌اند و یا از شدت کمتری برخوردارند و به همین لحاظ بعضی اوقات به حساب عملکرد غذاها نمی‌آیند.

آنافیلاکسی که شدیدترین نوع واکنش‌هاست ممکن است به شوک منتهی گردد. این عارضه فوق‌العاده دردناک بوده، فرد مبتلا شعور و ادراک خود را از دست می‌دهد و بعضی اوقات مرگ در طول چند دقیقه بعد از مصرف غذا عارض می‌گردد. ماست سل‌ها یا گرانولوسیت‌ها در بافت همبند و همچنین پلاکت‌ها تولید هیستامین، سروتونین و برادی کینین کرده وارد خون می‌سازند. این سه ماده محرک عضلات بوده، انقباض آنها را موجب می‌گردند. همچنین به کبد آسیب رسانده، گشادگی و اتّساع رگ‌های خونی را یا خیز بافتی (ترشح مایع درون بافت‌ها) را باعث می‌شوند. آنافیلاکسی با داروهای آنتی هیستامین قابل معالجه است.

در هایوز (کهیر)، آنتی‌بادی‌ها بلافاصله بعد از خوردن غذا در پوست جمع می‌شوند و به همین جهت به نام آنتی‌بادی‌های حساسیت پوستی نامیده می‌شوند. وقتی که مولکول‌های غذایی از جدار روده جذب شدند، به سوی پوست متوجه می‌گردند. از این گذشته مادهٔ محرک ممکن است از طریق وارد شدن در پوست به وسیلهٔ کرک‌های میوه‌ها، نظیر هلو و توت فرنگی موجب کهیر گردد؛ که در مناطق ورود و هجوم گلبول‌ها به صورت مناطق سفید رنگ باد کرده (ویل) و در مناطقی که هجوم گلبول‌های سفید مطرح نیست، به صورت مناطق قرمز رنگ (فلز) که بر اثر ورود آنتی‌ژن به میان پوست تولید می‌گردند. کهیرها ممکن است مجموعه‌ای از مناطق قرمز رنگ بدون وجود مناطق سفید رنگ باد کرده باشند.

اگر آنتی بادی‌ها در بافت مخاطی سیستم تنفسی باقی بمانند، عکس‌العمل حاصله را تب یونجه گویند، مشروط بر اینکه قسمت بالای سیستم تنفسی تحت تأثیر قرار گرفته باشد. ولی اگر شش‌ها تحت تأثیر واقع شده باشند، اختلال بسیار جدی‌تری به نام آسم که با اِشکال در امر تنفسی همراه است عارض می‌گردد. هر چند کهیرها، تب یونجه و آسم برای شخص مبتلا بسیار ناراحت کننده است، ولی به دام افتادن آنتی‌ژن‌ها در پوست و یا بخش‌های سطحی سیستم تنفسی ممکن است مفید هم تلقی گردد. زیرا این امر موجب ممانعت از رسیدن این مولکول‌ها به بافت‌های دیگر و بروز احتمالی عوارض سخت‌تر می‌گردد.

عکس‌العمل‌های حساسیتی تأخیری

این گونه عکس‌العمل‌ها در افراد حساس و بعد از ساعت‌ها که از صرف غذا گذشته است بروز می‌نمایند. آنتی‌بادی‌هایی که به سلول‌ها چسبیده‌اند و این عکس‌العمل را به وجود می‌آورند؛ به نام ری آجین آنتی‌بادی نامیده می‌شوند. برخلاف آنچه که در مورد عکس‌العمل‌های فوری دیدیم در عکس‌العمل‌های تأخیری، گلبول‌های سفید به منطقهٔ تحت تأثیر یورش می‌آورند و به علاوه هیستامین، سروتونین و برادی کینین هم ترشح نمی‌گردد. عکس‌العمل حاصل در پوست به صورت منطقهٔ قرمز باد کرده و سفت شده‌ای ظاهر می‌گردد.

بی‌اختیاری ادرار کودک در شب‌ها

بی‌اختیاری پیشاب در نزد کودکان به نام بی‌اختیاری ذاتی نامیده می‌شود. ادرارکردن خارج از اراده و شبانه، به خصوص در دوران اول کودکی، یعنی از ۲ تا ۵ سالگی در برخی اطفال دیده می‌شود که قابل ملاحظه و توجه است.

اطفال مبتلا به این عارضه یا همان بی‌اختیاری دوران شیرخوارگی خود را ادامه می‌دهند و یا آنکه پس از مدت‌ها طبیعی بودن مجدداً و پس از اضطراب شدید، یک وحشت فوق‌العاده و ابتلا به تب‌های دانه‌ای و یا در آوردن دندان به عارضهٔ مزبور مبتلا شده و برای مدتی کم یا طولانی به همین حال باقی می‌مانند. (حتی دیده شده که تا سن ۲۰ و ۳۰ سالگی این بی‌اختیاری در ادرار شبانه وجود داشته باشد.)

این دسته از کودکان منفور واقع می‌شوند، حال آنکه واقعاً باید آنان را مستحق ملاطفت و محبت دانست. این کودکان که هر شب و یا شب‌هایی متناوب رختخواب خود را تر می‌کنند، در روز کاملاً طبیعی بوده و مثل دیگران به میل و ارادهٔ خود مثانه را تخلیه می‌کنند، یا در عین طبیعی بودن تکرر ادرار دارند، یا برخی که مثل شب قدرت نگهداری پیشاب را ندارند و در اثر کوچکترین وحشتی لباس و شلوار آلوده می‌سازند. در هر حال باید دانست که بی‌اختیاری پیشاب در نزد این اطفال نظیر بی‌اختیاری بالغین یا بی‌اختیاری‌های علامتی نیست؛ زیرا ادرار کودکان نامبرده به طور دائم و به شکل قطره دفع نمی‌گردد، بلکه پس از ذخیره شدن در مثانه ناگهان و بدون توجه با پرشی طبیعی و یکنواخت بستر و شلوارشان را آلوده خواهند کرد.

علت و سبب ـ اگر چه این دسته از ناتوانی‌های کودکان را ذاتی یعنی عاری از علت واضح می‌نامند، اما با وجود این، بنابر گفتهٔ بعضی از دانشمندان چون «دشامپ»، صرف نظر از برخی حالات استثنایی (گاهی بی‌اختیاری دوران شیرخوارگی تا سال هفتم و هشتم ادامه یافته و خود به خود هم خوب می‌شود)، در سایر موارد علت این عارضه را

می‌توان پیدا کرد و هر قدر هم که آزمایش این بیماران کامل‌تر انجام گیرد، از تعداد انواع کسالت ذاتی آنها کاسته خواهد شد؛ به نحوی که تا هم اکنون علل متنوعی را مشمول بروز این بی‌اختیاری‌ها می‌دانند که مهمترین آنها عبارت‌اند از بیماری‌های عصبی، عضوی، صرع (اختلال حمله‌ای فعالیت مغز)، سیفیلیس ارثی، انگل‌های روده‌ای، چرکی بودن و بزرگی لوزه‌ها، بیماری‌های دستگاه ادراری، تغییر خواص شیمیایی ادرار و برخی عفونت‌های دستگاه ادراری.

درمان و راه چاره

۱ـ مرتب کردن تغذیهٔ اطفال مبتلا به این عارضه.

۲ـ درمان سیفیلیس ارثی در صورت موجود بودن.

۳ـ برطرف کردن عوارض مولد واکنش چون، انگل‌های روده، بزرگی لوزه‌ها، وژتاسیون (رشد قارچ مانند بافت مرضی)، اسید زیاد و یا قلیایی‌بودن ادرار، چسبندگی پوست ختنه‌گاه.

۴ـ استفاده از درمان‌های فیزیکی چون، بیدار کردن طفل به هنگام شب.

۶ـ دادن روزانه یک عدد تخم‌مرغ و غذاهایی چون مغز و قلوه و جگر.

۷ـ مصرف و به کار بردن داروهای مورد نیاز که باید پزشک دستور دهد.

برفک دهان کودک

برفک که یک بیماری دهان است و به خاطر وجود انگل مخصوصی به نام ساکارومیس الیکانس در دهان، رشد و نمو آن ایجاد می‌شود، غالباً نزد بیماران زیر دیده می‌شود:

۱ـ کودکان و شیرخواران ضعیف و ناتوان که دچار یک مرض مهم مانند اسهال مزمن، تب‌های مداوم و بالأخره لاغری و نزاری زیاد باشند.

۲ـ اشخاص بالغی که دچار سرطان یا مرض قند باشند و یا به یک بیماری خطرناک و عفونی مانند سل و تیفوئید (حصبه) دچار بوده‌اند.

۳ـ پیرمردانی ضعیف و بی‌بنیه که به عفونت شدید مجاری ادرار گرفتار باشند.

لذا باید توجه کرد برفک یک بیماری اصلی و ابتدایی نبوده و نیست، بلکه یکی از عوارض بیماری‌هایی است که به مرحلهٔ وخامت خود رسیده است. به عبارت دیگر، برای اینکه برفک به وجود آید، زمینهٔ مزاجی مستعدی لازم است و در این زمینهٔ مستعد، کم شدن آب دهان و اسیدی شدن واکنش آن مسئلهٔ مهمی است.

سابقاً که مانند امروز در شیرخوارگاه‌ها و مهدهای کودکان، مراعات قواعد بهداشت را به طور شایسته نمی‌کردند، برفک دهان به طور همه‌گیری (اپیدمی) در این قبیل اماکن دیده می‌شد.

در کودکان خردسالی که سنشان از دو سال کمتر است، برفک نسبتاً شایع است؛ زیرا در دو ماههٔ اول زندگی، آب دهان طبیعتاً کم است و بنابراین ممکن است برفک در شیرخواری که بیماری مهمی هم ندارد بروز کند.

علائم بیماری

نخستین علامت برفک قبل از بروز کامل، خشکی و قرمزی مخاط دهان است. این خشکی و قرمزی درخشان، از نوک زبان شروع می‌شود و سپس تمام مخاط دهان و زبان

را فرا می‌گیرد. پس از ۲ تا ۳ روز نقاط سفید رنگی در دهان پدید می‌آید که به ترتیب زبان، سطح داخلی گونه‌ها، قسمت مخاطی لب‌ها، سقف دهان و لوزه‌ها را فرا می‌گیرد. این نقاط سفید رنگ گاهی از هم دور و مجزّاست؛ به طوری که کاملاً منظرهٔ قطرات منعقد شدهٔ شیر را به خود می‌گیرد و گاهی به هم چسبیده و تولید صفحات کوچک یا بزرگی را می‌کند که ممکن است تمام مخاط دهان را بپوشاند و در این حال درست مانند این است که یک طبقهٔ رنگ غلیظ سفید بر روی مخاط دهان کشیده باشند. رنگ برفک، همان طور که از اسمش بر می‌آید ابتدا سفید برفی یا شیری است؛ ولی، تدریجاً زرد رنگ می‌گردد و گاهی پس از مدتی رنگ خاکستری مایل به سیاه پیدا می‌کند.

به ندرت ممکن است برفک به گلو و حنجره سرایت کند و حتی تمام لولهٔ گوارش را گرفته تا رکتوم (معقد) برسد. در شیرخواران مبتلا به برفک که دائماً دست خود را به دهان می‌برند، ممکن است انگل بیماری به نوک انگشتان آنها سرایت کند و پوست دست و بدن کودک را مبتلا سازد. در این حال کودک شیرخوار پستان نمی‌گیرد و از خوردن شیر امتناع می‌کند، وقتی بخواهید شیر را با قاشق در دهان او بریزید، دهانش را به زحمت باز می‌کند. در صورتی که کودک قبلاً اسهال و استفراغی نداشته است، پس از مبتلا شدن به برفک سخت، دچار اسهال و استفراغ می‌شود.

در اشخاص بالغ عمل جویدن و فرو بردن غذا مشکل می‌شود و بیمار ناگزیر از خوردن غذا چشم می‌پوشد.

این نکته را باید اضافه کرد که در کودکان رنجور و نزار، بیماری برفک را باید دلیل وخامت حال او دانست و هر چه زودتر به پزشک مراجعه و درمان نمود.

پیشگیری و درمان برفک

۱ـ برای جلوگیری از پیدایش برفک باید مراعات قواعد بهداشت دهان را نمود، مخصوصاً در کودکان خردسال و شیرخوارانی که مبتلا به اختلال دستگاه گوارش هستند یا یک بیماری عفونی مهم دارند. پاک کردن و جوشاندن سر پستانک و تمیز نگاه‌داشتن نوک پستان مادر را نباید فراموش کرد.

۲ـ چون همان طور که گفته شد این عارضه و بیماری در هنگام ضعف و بیماری

کودکان به وجود می‌آید، باید در تقویت و رفع نقاهت آنها کوشید تا دفاع بدنشان بالا رود.

۳ـ نیز چون این انگل در محیط اسید دهان رشد و پیشرفت می‌کند، بهترین راه چاره آن است که محیط دهان را قلیایی نمود و به حالت اسیدی آن پایان داد. لذا بهترین دارو آن است که با محلول بیکربنات دو سود یا جوش‌شیرین روزی چند نوبت دهان خودتان و یا کودک مبتلا را شستشو دهید تا بهبودی کامل حاصل شود.

البته چنانچه رعایت دستورات فوق این عارضه را درمان نکرد، از پزشک کمک بگیرید.

بیهوشی گذرا (فوریت پزشکی)
(TRANSIENT UNCONCIOUSNESS)

علل اساسی که در اکثر موارد منجر به از بین رفتن هوشیاری به طور زودگذر می‌گردند، عبارت‌اند از:

الف ـ ایسکمی موقت پایهٔ مغز به علت هیپوتانسیون سیستمیک شریانی (سنکوپ).

ب ـ هیپوگلیسمی (گلوکز خون کمتر از ۴۰ میلی‌گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر یا ۲ میلی‌مول در لیتر)

ج ـ صرع.

همچنین ممکن است با اشخاصی مواجه شد که از بین رفتن هوشیاری در آنها به صورت تمارض یا عمدی باشد.

علائم مشخص کنندهٔ هر یک از این علل، در جدول ۵ خلاصه شده است.

تشخیص دادن علت از بین رفتن هوشیاری، بستگی زیادی به در نظر گرفتن دقیق و صحیح وقایع و اتفاقاتی دارد که منجر به بروز حمله شده است، همچنین ظاهر بیمار هم در خلال حمله و هم بلافاصله بعد از آن. بنابراین، هنگام رو به رویی با چنین مشکلی باید حتماً از افرادی که شاهد جریان بوده‌اند، توضیحات مشروحی دریافت کرد.

سنکوپ

بدون در نظر گرفتن علت، مشخصات یک حملهٔ سنکوپ، موقعی است که بیمار هنوز بر زمین افتاده است. پوست، سرد و عرق کرده می‌باشد و فشارخون پایین است. حملات تشنجی و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع معمول نیست. وقتی که شخص دراز کشیده باشد، دورهٔ عدم هوشیاری معمولاً کوتاه بوده و قاعدتاً سریع خوب می‌شود. رایج‌ترین شکل سنکوپ احتمالاً (غش سادهٔ بدون عوارض Simple Uncomplicated Faint) است که به علت عدم کفایت یا عدم ثبات مرکز وازوموتور (رگ جنبان) رخ می‌دهد. عواملی که باعث

تسریع در بروز چنین حملاتی هستند، عبارت‌اند از: شوک در اثر هیجان، درد، خستگی مفرط، وجود بیماری در روزهای اخیر، یک محیط گرم، و یا ایستادن در یک حالت به مدت طولانی. اغلب علائمی که حاکی از بروز حمله باشند بدین شرح‌اند: احساس ضعف، حالت تهوّع و یک احساس گیج بودن و معمولاً بیمار افتادن خود را به خاطر می‌آورد. وقتی که بیمار دراز کشیده باشد، سنکوپ رخ نمی‌دهد و معمولاً همراه با برادی‌کاردی (کُندکاری قلب) مشخصی است.

هیپوتانسیون وضعیتی

در اثر تغییر ناگهانی وضعیت از حالت خوابیده به ایستاده به وجود می‌آید و گاهی ممکن است آن قدر شدید باشد که باعث سنکوپ گردد و اغلب پاتوژنیک است. بسیاری از داروهای کاهش دهندهٔ فشار خون دارای این عارضهٔ جانبی هستند. در یک بیمار که دچار بیماری ایسکمی قلب است، وقتی تری‌نیترین به منظور تسکین درد آنژین صدری به کار رود، گاهی باعث گشادشدن ناگهانی رگ و در نتیجه سنکوپ می‌شود.

هیپوتانسیون زودگذر ممکن است ناشی از سقوط ناگهانی بازده قلبی نیز باشد. اختلالات قلبی که می‌توانند باعث بروز حملات سنکوپ بشوند، بدین قرارند:

۱ـ در هر شرایط که انسداد گردش خون مرکزی وجود داشته باشد؛ مثل، تنگی آئورت، تنگی پولمونر، هیپرتانسیون (پرفشاری خون) پولمونر و انسداد دریچهٔ مصنوعی میترال (توپی شکل Ball- Valve).

۲ـ تغییرات ناگهانی ریتم قلب.

۳ـ بلوک قلبی (حملات استوکس آدامس به علت بروز ناگهانی یک آریتمی بطنی یا آسیستول).

۴ـ انفارکتوس میوکارد.

برای بررسی و دریافتن علت سنکوپ کاردیوژنیک معمولاً باید از معاینات دقیق فیزیکی و E.C.G استفاده کرد.

اَشکال سنکوپ در اثر واکنش عبارت‌اند از:

جدول ۵ـ تشخیص افتراقی علل بیهوشی گذرا

	بیهوشی تصنعی	صرع	هیپوگلیسمی	سنکوپ
وقایع و علائم قبل از بیهوش شدن.	معمولاً در تیپ‌های مشخصی از افراد رخ می‌دهد. به طور معمول مقصود شخص برای حمله واضح است.	امکان دارد اورای صرعی وجود داشته باشد (اغلب یک احساس نامطبوع که از اپی گاستر منشا می‌گیرد) ولی اغلب بدون خبر قبلی رخ می‌دهد.	علائم اولیه عبارت‌اند از: سردرد، تحریک‌پذیری، عرق کردن، عدم تمرکز، رفتار تهاجمی یا تحریکی. ممکن است خود به خود باشد و یا در اثر نخوردن غذا و فعالیت جسمانی خیلی زیاد و یا اشتباه در مقدار انسولین بیمار دیابتی باشد.	حملهٔ سنکوپ ساده، معمولاً پس از حالت تهوع و عرق کردن همراه با احساس ضعف و گیجی شروع می‌شود. ممکن است عامل بروز سنکوپ به طور آشکار وجود داشته باشد.
ظاهر بیمار در حین بیهوشی	ممکن است که بی‌حرکت باشد یا شدیداً تقلا بکند. در مقابل بازکردن پلک‌ها، مقاومت می‌کند. واکنش‌های وتری تغییری نکرده‌اند، و بابنسکی منفی است. معمولاً در مقابل تحریک دردناک شدیداً جواب می‌دهند. در اثر افتادن یا تقلا کردن، خیلی کم اتفاق می‌افتد که صدمهٔ بدنی ببینند.	سقوط ناگهانی ممکن است منجر به آسیب گردد. فازتونیک و متعاقب آن فازکلونیک (گاز گرفتن زبان، کف از دهان آمدن و بی‌اختیاری ممکن است در مرحلهٔ دوم رخ دهد). بابنسکی اغلب مثبت است و ممکن است واکنش‌های قرنیه و تاندونی وجود نداشته باشند.	پوست گرم و مرطوب. نبض کاملاً پُر. مردمک‌ها متسع شده. علامت با بنسکی اغلب مثبت است و ممکن است سایر علائم موضعی C.N.S وجود داشته باشد. تشنجات شایع نیستند ولی اگر هیپوگلیسمی شدید باشد ممکن است بروز کنند.	رنگ پریده و عرق کرده با فشار خون پایین. اگر حمله سنکوپ ساده باشد، نبض آهسته ولی اگر علت عضوی وجود داشته باشد، ممکن است نبض تند باشد. حرکات تشنجی و بی‌اختیاری در دفع ادرار و مدفوع شایع نیست.
دورهٔ بعد از بیهوشی	هیچ نکتهٔ مهم تشخیصی ندارد.	اغلب خواب آلود و گیج بوده و معمولاً برای چندین ساعت به خواب می‌روند.	معمولاً به دنبال تجویز گلوکز، به سرعت هوشیاری باز می‌گردد.	معمولاً در اثر دراز کشیدن به سرعت هوشیاری باز می‌گردد.

۱ـ سنکوپ سرفه

گر چه یک حملهٔ سنکوپ ممکن است به دنبال حملات سرفه باشد، ولی همهٔ حملاتی که پس از این مسئله اتفاق می‌افتند، لزوماً سنکوپ نیست و باید دقیقاً به دنبال یک ضایعهٔ زمینه‌ای موضعی در مغز بود.

۲ـ سنکوپ سینوس کاروتید

این مسئله به طور کلاسیک در افراد میانسال یا مسن اتفاق می‌افتد و هنگامی که یقهٔ خود را سخت می‌بندند، با چرخاندن سر، بدون آگاهی از محیط اطراف مدتی می‌افتند.

۳ـ سنکوپ ادرار کردن

حملهٔ سنکوپ در یک مرد اتفاق می‌افتد که دچار انسداد دستگاه ادراری تحتانی بوده و برای ادرار کردن شدیداً زور می‌زند که معمولاً این مسئله در نیمهٔ شب اتفاق می‌افتد.

همچنین حملات سنکوپ ممکن است در نتیجهٔ عوامل زیر باشند:

۱ـ بیماری‌های انسدادی آتروماتوز شریان‌های کاروتید و ورتبرال، که در این صورت معمولاً جریان خون وابستگی بیشتری به یک فشار پرفوزیون کافی دارد. در چنین شرایطی حتی تغییرات کوچک در بازده قلب می‌توانند باعث ایسکمی مغزی گردند.

۲ـ از دست دادن ناگهانی خون؛ مثلاً، خونریزی معده‌ای ـ روده‌ای که امکان دارد وقتی شخص را به بیمارستان می‌آورند، دچار حملهٔ سنکوپ شده ولی هنوز هیچ گونه خونی استفراغ نکرده و یا به صورت ملنا از مدفوع دفع نکرده است.

همچنین بیماران دچار (انمی Anemia) مزمن؛ نسبت به حملات سنکوپ مستعدتر می‌باشند.

بررسی‌ها و رسیدگی به وضع بیمار

اگر چه معمولاً علت یک حملهٔ سنکوپ از طریق گرفتن شرح حال دقیق و معاینات فیزیکی معلوم می‌شود؛ ولی اغلب شمارش گلبولی خون، عکس قفسهٔ سینه و نوارقلبی نیز کمک می‌کنند. درمان خود حمله این است که بیمار را صاف بخوابانید. معمولاً این کار ضروری است و هوشیاری به سرعت برمی‌گردد.

در حملات استوکس آدامس احتمال مرگ وجود دارد و اگر در طی چند ثانیه هوشیاری برنگشت، چند ضربهٔ محکم روی جناغ سینه وارد می‌شود. اگر هنوز بهبود حاصل نشد، باید ماساژ خارج قلبی شروع شود و از دستگاه تنفس مصنوعی یا لولهٔ اندوتراکئال کمک گرفت و همچنین نوارقلب گرفته شود. فیبریلاسیون الکتریکی جلو آریتمی بطنی را می‌گیرد و اگر قلب در آسیستول باشد، می‌تواند برای شروع دوبارهٔ ضربان قلب کافی باشد. در آسیستول مقدار ۰/۵ میلی‌متر آدرنالین یک در هزار را به صورت تزریق داخل عضله یا داخل ورید می‌توان داد. اگر آسیستول بطنی ادامه یافت، ممکن است استفاده از (ضربان‌ساز Pacemaker) الکتریکی ضروری باشد. هر زمان که مقدور گشت، باید سایر علل حملات سنکوپ درمان شوند.

هیپوگلیسمی

غالباً این مشکل در بیمارانی که تحت درمان با انسولین باشند، بروز می‌کند و به طور مشروح در فصل آخر مورد بحث قرار گرفته است.

گاهی هیپوگلیسمی خود به خود رخ می‌دهد که بیشترین علت آن، تومور ترشح‌کنندهٔ انسولین در پانکراس (لوزالمعده) است و تشخیص بر این مبناست که پس از یک دورهٔ طولانی غذا نخوردن زمینهٔ بروز حملهٔ عدم هوشیاری وجود دارد که همراه با عرق کردن زیاد است و بعد از تجویز گلوکز بلافاصله خوب می‌شود. باید در خلال مدت عدم هوشیاری نمونهٔ خون برای اندازه‌گیری گلوکز گرفته شود. وقتی که علت عدم هوشیاری معلوم نیست، اگر همیشه این نمونهٔ خون گرفته شود، خطر تشخیص اشتباه کم خواهد شد. اگر دیده شد که گلوکز خون پایین است و در نتیجه احتمال وجود یک تومور ترشح کنندهٔ انسولین زیاد شد، مسلم است که بررسی‌های اختصاصی‌تر بیوشیمیک باید انجام گردد.

هیپوگلیسمی واکنشی معمولاً زمانی مطرح می‌شود که مدت کوتاهی پس از غذای مملو از کار بوهیدرات فراوان، علائم هیپوگلیسمی بروز کند.

صرع

اشکال یک حملهٔ صرع بزرگ کاملاً شناخته شده است. اغلب اورای صرعی قابل

تشخیص است که اکثر مواقع به شکل یک احساس اپی‌گاستریک ناخوشایند می‌باشد که به سر منتشر می‌شود. سپس ممکن است بیمار فریادی بزند و محکم به زمین بیفتد، و در ادامه اغلب صدمهٔ بدنی می‌بیند. ابتدا مرحلهٔ تونیک است که تمام عضلات در اسپاسم بوده و بیمار سیانوزه است. و بعد مرحلهٔ کلونیک است که حرکات منظم تشنجی تنه، اندام‌ها، آرواره‌ها و زبان رخ می‌دهد.

اکثر در این مرحله، کف از دهان بیرون می‌آید. بیمار ممکن است زبان خود را گاز بگیرد و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع رخ می‌دهد. سپس در طول چند دقیقه بیمار هوشیاری خود را معمولاً باز می‌یابد. ولی امکان دارد برای یک ساعت یا بیشتر در حالت فقدان هوشیاری باقی بماند. وقتی که هوشیاری بیمار برگشت، وی خواب آلود است. اغلب گیج است و گاهی از سردرد شکایت دارد و مایل است هر چه زودتر بخوابد.

در حین حمله، اغلب علامت بابنسکی وجود دارد و سایر علائم عصب‌شناسی موضعی نیز ممکن است وجود داشته باشد، ولی اغلب زود گذرند.

رسیدگی به وضع بیمار

چنانچه این نکات رعایت بشود، بیمار به ندرت در اثر تشنّجات صرع بزرگ، دچار آسیبی می‌گردد: راههای هوایی وی تمیز نگه داشته شوند و یک چیز نرم مثلاً پارچهٔ چند لای ضخیم یا مقداری پنبه بین دندان‌های بیمار گذاشته شود، و او را از اشیایی که احتمال برخورد با آنها را دارد باید دور نگه داشت.

اغلب مشخص می‌شود که بیمار از صرع رنج می‌برد و پس از یک دورهٔ کوتاه شامل مراقبت و هر گونه تنظیم رژیم داروی ضد تشنج که ضروری باشد، می‌تواند مرخص بشود.

اگر در شخص بالغی، حملات تشنّجی برای اولین بار اتفاق افتاده باشد، باید علت آن تا آنجا که مقدور است مشخص بشود و اغلب برای این منظور بررسی‌های عصب‌شناسی کامل لازم است. حالات غش ممکن است در نتیجهٔ سندرم قطع باربیتورات در یک فرد معتاد باشد و وقتی که علل تشنّجات در آخرین حمله در نظر گرفته می‌شود، همیشه باید این احتمال را به خاطر داشت.

بیهوشی به طور طبیعی

این مسئله در سه دسته از بیماران دیده می‌شود:

۱ـ زنان هیستریک

۲ـ افرادی که حقیقتاً صرع دارند و همچنین دچار حالت‌های غش هیستریک می‌شوند.

۳ـ اشخاص ولگرد و یا بیکار که به دنبال غذا و جایی برای خوابیدن و ماندن باشند.

در مورد افراد هیستریک که اغلب به منظوری این کار را می‌کنند، اگر کسی شاهد غش کردن شخص باشد، تشخیص آسان است. هیچ قاعده و ترتیبی در مراحل غش کردن وی وجود ندارد و هوشیاری کاملاً از بین نرفته است. به ندرت هنگام افتادن، بیمار به خود آسیبی می‌رساند و بی‌اختیاری و گاز گرفتن زبان وجود ندارد. حرکات اندام‌ها به صورت تکان‌های منظم پشت سر هم نیست و خشن و به صورت تقلاّ می‌باشد و معمولاً اگر سعی شود که از این حرکات جلوگیری به عمل آید، شدیدتر و بدتر می‌شوند. همچنین، در مقایسه با صرع واقعی، هنگامی که شخصی بخواهد چشم‌ها را باز کند، شخص محکم پلک‌هایش را بسته نگه می‌دارد؛ انقباضات تاندون‌ها طبیعی است؛ و علامت بابنسکی منفی است.

غش‌های دیگر هیستریک در یک بیمار مبتلا به صرع حقیقی، از نظر تشخیصی خیلی مشکل‌تر است، ولی مشاهدات دقیق موقع بروز حمله‌ای که طی آن هوشیاری از بین می‌رود، می‌تواند افتراق را ممکن سازد.

در مورد اشخاصی که بیکار و آواره و ولگرد هستند، نیز علائم وجود ندارند و بازکردن پلک‌ها با مقاومت شخص رو به رو می‌شود. در کُما یا صرع هیستریک یا غش تصنّعی، یک نکتهٔ جالب وجود دارد که در تشخیص کمک می‌کند و آن عبارت است از اینکه به هر سمتی که بیمار دراز کشیده است، چشم‌ها نیز در همان جهت رو به پایین می‌روند. این گونه بیماران، معمولاً به تحریک با سوزن جواب نمی‌دهند، ولی با تحریک دردناک‌تر، مثل فشار روی قسمت بالای حدقهٔ چشم، اغلب جواب می‌دهند.

حالت صرعی مداوم STATUS EPILEPTICUS

(فوریت پزشکی)

تعریف این اصطلاح عبارت است از وقوع حملات صرعی که سریع و پشت سر هم بوده و بین آنها، بیمار هوشیاری خود را باز نمی‌یابد. در مورد این مسئلهٔ اورژانس که احتمال مرگ دارد، از نظر تشخیص مشکلی وجود ندارد.

درمان انتخابی عبارت است از: تزریق آهستهٔ داخل وریدی دیازپام یا والیوم به مقدار ۱۰ـ۲۰ میلی‌گرم که می‌توان به دنبال آن، انفوزیون داخل وریدی دیاپازم را ادامه داد. به این ترتیب ۱۰۰ میلی‌گرم دیازپام در ۵۰۰ میلی‌لیتر محلول سالین نرمال به مدت ۲۴ ساعت. اگر تشنجات شروع شدند سرعت انفوزیون بیشتر شده و چنانچه تشنجات متوقف گشتند، سرعت انفوزیون کم می‌گردد و بیمار باید از نظر علائم دپرسیون تنفسی و هیپوتانسیون به دقت تحت نظر باشد. راه دیگر این است که ۱ میلی‌گرم کلونازپام (Rivotril) از طریق تزریق داخل وریدی آهسته داده شود و چنانچه ضروری بود، تکرار گردد. می‌توان آن را توسط انفوزیون آهسته ادامه داد که حداکثر ۳ میلی‌گرم در ۲۵۰ میلی‌لیتر دکستروز ۵ درصد در مدت ۱۲ ساعت است.

همچنین در این شرایط می‌توان از کلورمتیازول (Heminevrin) استفاده کرد که محلول ۰/۸ درصد آن با سرعت ۶۰-۱۰۰ قطره در دقیقه به صورت انفوزیون داخل وریدی به کار برده می‌شود. مجموع حجمی که یک فرد بالغ احتیاج دارد معمولاً ۱۰۰-۵۰۰ میلی‌لیتر است.

مراقبت از راه‌های هوایی، رساندن اکسیژن و نگهداری مایعات از طریق داخل وریدی نیز از نکات مهم درمانی است. تا آنجا که ممکن باشد باید در مواقع اورژانس علت این حالت از صرع معلوم شود. در اکثر مواقع، قطع ناگهانی داروهای ضد تشنج باعث بروز این مسئله است. همچنین در صورت امکان قبل از شروع درمان، از نظر اندازه‌گیری مقادیر داروهای ضد تشنج در سرم، باید آزمایش خون انجام شود.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ شاهد بودن در مورد ظاهر بیمار، قبل از حملهٔ بیهوشی و در حین آن از نظر کشف

علت اختلال خیلی با ارزش است.

۲ـ سه علت اساسی حملات زودگذر بیهوشی عبارت‌اند از:

الف ـ ایسکمی گذرای مغزی (سنکوپ)

ب ـ هیپوگلیسمی

ج ـ صرع

۳ـ هر کدام از این اختلالات اساسی که ذکر شد، خود در اثر بسیاری از علل می‌باشند.

۴ـ گاهی بیهوشی تصنّعی وجود دارد، ولی تشخیص دادن آن آسان است.

۵ـ حالت صرعی مداوم از اورژانس‌هایی است که احتمال مرگ دارد. درمان انتخابی، دیازپام یا کلونازپام داخل وریدی است.

بی‌حوصلگی

وقتی که دچار سردرد و بی‌حوصلگی هستید، آیا می‌دانید که دچار بیماری پسیکاستنی شده‌اید؟ و آیا می‌دانید چگونه درمان نمایید؟

... صبح که از خواب بیدار می‌شوم سست و خسته هستم. مثل اینکه تمام شب را بیدار بوده‌ام. هر چه استراحت می‌کنم بیشتر احساس خستگی می‌کنم. در کارهایم تردید دارم. تصمیم نمی‌توانم بگیرم. هر کاری که می‌کنم چند دفعه بررسی می‌کنم؛ باز هم فکر می‌کنم که درست انجام نداده‌ام. بی‌خود نگران و مضطرب هستم، انگار مصیبتی اتفاق خواهد افتاد. وسوسهٔ فکری دارم؛ افکار ناراحتی به مغزم می‌آید که از دست آنها خلاصی ندارم. از بیمارشدن خیلی وحشت دارم. با وجود اینکه جسمم سالم است، اغلب فکر می‌کنم که نکند به مرض سخت و غیرقابل علاجی مبتلا شده باشم. خودم را کوچک‌تر از دیگران تصور می‌کنم. از خیابان‌های شلوغ که عبور می‌کنم، احساس ناراحتی شدیدی می‌کنم. از صحبت کردن در برابر مردم عاجزم...

اینها شمه‌ای از شکایت‌های پایان‌ناپذیر یک بیمار مبتلا به پسیکاستنی است. پسیکاستنی در لغت، از دو کلمهٔ «پسیشه و آستنی» که معنای فارسی آن ضعف روانی است، تشکیل شده است. این بیماری را «پیر ژانه» روانشناس و روان‌پزشک مشهور فرانسوی به طور کامل شرح داده و معتقد است که این بیماری به علت کاهش و نقصان نیروی روان می‌باشد و یک عده ناراحتی‌های روانی را تحت این نام جمع کرده است. از جمله حالات ترس مرضی، اضطراب و اعمال ناگهانی که ذکر کردیم.

علت اصلی پسیکاستنی زمینهٔ مخصوص روانی و استعداد خاص ابتلا به بیماری است. ولی عوامل دیگری که در بروز این بیماری دخالت دارند، ضربه‌های عاطفی (جدایی، آتش‌سوزی، ورشکستگی، زلزله و سیل...) خستگی شدید جسمی و روانی، بی‌خوابی‌های مکرر، بیماری‌های عفونی ضعیف کننده، مسمومیت‌های حاد و مزمن و

امثال آن هستند.

پسیکاستنی اغلب در سنین جوانی، در حدود بیست سالگی ظاهر می‌شود و زن‌ها معمولاً بیشتر از مردها مبتلا می‌شوند. در دوره‌های مشکل زندگی چون هنگام بلوغ، ازدواج، جدا شدن از پدر و مادر و استقلال یافتن بیشتر دیده می‌شود.

درمان این بیماری، استراحت جسمی و روانی، داروهای تسکین دهندهٔ هیجان و اضطراب و روانکاوی است. شخص مبتلا بایستی رعایت کامل بهداشت روان را بنماید. از تفریحات شبانه که موجب بی‌خوابی است پرهیز نماید، حتی‌المقدور از کارهای شدید و خسته کننده خودداری کند و برنامهٔ مرتب و سالمی برای زندگی روزانهٔ خود تهیه نماید.

قبل از مراجعه به روان‌پزشک بهتر است به توصیه‌های زیر توجه نموده، آنها را به کار بندید:

۱ـ همان طور که گفته شد، در شبانه روز ۸ ساعت خواب مرتب داشته باشید.

۲ـ از بی‌خوابی و شب زنده‌داری بپرهیزید.

۳ـ مصرف زیاد مشروبات الکلی عوارضی این چنین نامساعد دارد، از نوشیدن آنها خودداری فرمایید.

۴ـ روزی ۲ لیوان تا یک لیتر شیر بنوشید.

۵ـ روزی چند عدد سیب به غذای خود اضافه کنید.

۶ـ دوش آب سرد هر روز، در تقویت قوای عصبی تأثیر خواهد داشت.

۷ـ ورزش و پیاده‌روی شما را به حال آورده، از سستی و بی‌حالی نجات خواهد داد.

۸ـ غذاهای نیروبخش و ساده میل فرمایید.

بیماری‌های قلب

بیماری مزمن دریچه‌های قلب

مراد از اصطلاح (بیماری مزمن دریچه‌های قلب Chronic valvular heart disease) هرگونه تغییر شکل یک یا چند دریچهٔ قلبی است. برحسب تعریف، مرضی که سبب تغییر شکل دریچه بوده، خود اکنون خاموش یا مزمن است.

اسباب و میزان حدوث

اکثر موارد بیماری مزمن دریچه‌های قلب در امریکا امروزه منشأ روماتیمسی دارد. علل دیگر عبارت‌اند از: سیفیلیس، ناهنجاری‌های مادرزادی دریچه‌ها، التیام ضایعات آندوکاردیت میکروبی، تصلّب شرایین و ضایعات دریچه‌های مختلف که در بخش‌های گوناگون این بحث آمده است. به علت پیشرفت‌های اخیر در درمان بیماری‌های مسبب، از قبیل سیفیلیس و عفونت‌های استرپتوکوکی می‌توان انتظار داشت که از وفور ضایعات دریچه‌ای قلب در آینده کاسته شود.

آسیب‌شناسی

دریچهٔ موروف دچار تنگی، نارسایی یا هر دو می‌شود. تفصیل بیشتر را در کتاب آسیب‌شناسی می‌توان یافت.

فیزیوپاتولوژی

اِشکال اساسی ناشی از اخلال مکانیکی در کار دریچه‌ها به علت تغییر شکلِ موجود است. به طور کلی می‌توان گفت که تنگی دریچه، کار حفرهٔ ماقبل را زیاد می‌کند و نارسایی دریچه بر کار حفرهٔ مابعد و ماقبل، هر دو، می‌افزاید. چگونگی پیدایش نارسایی احتقانی قلب در اثر افزایش کار قلب، در مبحث فیزیوپاتولوژی نارسایی عمومی گردش خون گفتگو خواهد شد.

علائم بالینی

تابلو بالینی هر یک از ضایعات را جداگانه خواهیم دید. به هنگام استراحت اختلال مهمی در گردش خون بیمار وجود ندارد و هنگامی این اختلال مشهود می‌شود که به دلایل مختلف جریان خون یا حجم خون به حدی افزایش یابد که آثار همودینامیکی انسداد را تشدید کند. در این مرحله از بیماری، تنگی نفس به هنگام کار مهمترین علامت عملی است. سایر علائم عملی احتقان ریوی عبارت‌اند از اورتوپنه (تنگی نفس هنگام درازکشیدن)، یورش‌های ناگهانی شبانه، سرفه و هموپتیزی. طول مدت این مرحله بسیار متغیر است و در برخی بیماران سال‌ها به طول می‌انجامد. ولی در تعدادی دیگر چنان کوتاه است که حتی بیماران این مرحله را در گذشتهٔ خود به یاد نمی‌آورند.

در مرحلهٔ دوّم مقاومت پیشرفته و مزمن‌تری در برابر جریان خون ریوی حاصل می‌شود که باید بدن با افزایش فشار شریان ریوی آن را چاره کند و بار این کار اضافی به دوش بطن راست می‌افتد. آسیب‌های ثانوی در آرتریت‌های ریوی حاصل می‌شود و همین، مقاومت در برابر جریان خون را افزایش می‌دهد. ازدیاد فشار شریان ریوی گاه سبب نارسایی نسبی دریچهٔ ریوی می‌شود که اگر شدید باشد، بطن راست را بیشتر تحت فشار می‌گذارد. اتّساع و نارسایی بطن راست گاهی ایجاد نارسایی نسبی دریچهٔ سه لتی می‌کند که بار دیگری بر دوش بطن راست خواهد بود. علائم در این مرحله «نارسایی بطن راست» به صورت افزایش فشار وریدی، اتّساع وریدهای گردن، بزرگی کبد و خیز محیطی هستند. گاهی با پیدایش این علائم تنگی نفس اورتوپنه و احتقان ریوی از بین می‌روند. گاهی می‌توان بیماری مرحلهٔ دوم را با درمان نارسایی بطن راست به کمک دیژیتال و تدابیر دیگر وارد در مرحلهٔ اول کرد. در این گونه بیماران گاه تنگی نفس، اورتوپنه و احتقان ریوی باز می‌گردد.

علائم عملی

سابقهٔ روماتیسم حاد مفصلی ارزش مشکوکی دارد. بسیاری از بالغان مبتلا به صورت‌های مختلف بیماری‌های مادرزادی قلب یک سابقهٔ کاذب از روماتیسم به دست می‌دهند و در ۳۵ درصد بیماران مبتلا به روماتیسم قلبی سابقه‌ای از این قبیل به دست

نمی‌آید. با این حال گرفتن سابقهٔ دقیق بیمار از نظر تخمین وضع عملی مبتلایان به تنگی میترال اهمیت بسیار دارد.

شروع بیماری

برخی بیماران هیچ گونه عارضه‌ای ندارند و در حین یک معاینهٔ بدنی کامل اتفاقاً تنگی دریچهٔ میترال آنها کشف می‌شود، ولی اکثر بیماران، در بررسی دقیق علائمی نشان می‌دهند. معمولاً یک نارحتی کُند و فزاینده وجود دارد که به علت پیشرفت تدریجی، اغلب از بیمار دور می‌ماند تا هنگامی که اختلالی عظیم حاصل شده باشد. گاهی شروع بیماری ناگهانی و به صورت خیز ریوی، هموپتیزی، آمبولی ریه یا فیبریلاسیون دهلیزی است.

مرحلهٔ احتقان ریوی

در این مرحله معمولاً تنگی نفس به هنگام کار وجود دارد. ولی درجهٔ فعالیتی که ایجاد تنگی نفس می‌کند، در افراد بسیار متفاوت است. در اثر برخی کارها که مستلزم بالا بردن بازوست، بیش از کارهایی که در بادی امر سنگین‌تر می‌نماید، تنگی نفس حاصل می‌شود.

درمان

پیدایش جراحی قلب، انقلابی در درمان ضایعات دریچه‌ای مزمن به وجود آورده است. علاوه بر آن، جراحی محرکی جهت مشاهدات بالینی و پژوهش شده است و در نتیجه توانسته‌اند درک بهتری از بیماری دریچه‌ها حاصل کنند. در عین حال، پیشرفت‌های بزرگی در زمینهٔ ریشه کنی یا پیشگیری بیماری‌هایی از قبیل سیفیلیس و روماتیسم حاد مفصلی حاصل شده است. این پیشرفت‌ها در زمینهٔ پیشگیری و درمان، محتملاً اهمیت بیشتری از درمان‌های جراحی درخشان بر روی دریچه‌ها دارند.

بیماری‌های قلب و عروق و علائم آن

ناراحتی‌ها، بیماری‌ها و خطراتی که از ناحیهٔ عروق و قلب ما را تهدید می‌کنند، قبلاً به صورت‌های گوناگون و از نواحی مختلف بدن اعلام خطر نموده و ما را آگاه می‌کنند، اما کمتر کسی به این اعلام خطرها و این علائم آگاه کننده توجه می‌نماید و زودتر به فکر چاره و درمان و جلوگیری از عوارض و حوادث نمی‌افتد.

چه بسیار افراد دانا، با توجه به علائم و احساس ناراحتی خود را به طبیب رسانیده و سلامت خود را حفظ می‌کنند. این علائم آگاه کننده را برای آشنایی شما خوانندگان گرامی درج می‌کنیم تا شما را بهتر و بیشتر به آنچه ممکن است برایتان ایجاد ناراحتی کند، آگاه سازیم.

باید این نکته را نیز در اینجا یادآور شویم که متأسفانه حوادث و عوارض قلب و عروق امروزه از شایع‌ترین بیماری‌ها و عوامل مرگ و میر است و شاید بتوان گفت که در این قرن و این سه دههٔ اخیر، زندگی ماشینی و هیجانات روحی بیشتر در قلب و اعصاب و شریان‌های ما اثر نامطلوب می‌گذارد. به طوری که آمارها نشان می‌دهد، در غالب کشورها بیماری‌های قلبی و عروق در قسمت‌های مختلف بدن، بین مردان از ۲۱ تا ۳۷ درصد است و از سن چهل سالگی به بعد، این نسبت بیشتر شده و ۲۳ تا ۵۱ درصد می‌شود. از ۵۰ سالگی به بعد ۳۹ تا ۵۷ درصد و از ۶۰ سالگی به بالا این نسبت به ۴۸ تا ۶۲ درصد می‌رسد و از ۷۰ سالگی به بعد نیز یکی از علل واقعی مرگ و میر محسوب می‌شود.

تحقیقات در مورد علل بیماری‌های عروقی، چه در قلب و چه در مغز و چه در سایر اندام‌های بدن، عوامل مختلفی را در ایجاد آن دخیل دانسته که به طور مختصر ذکر می‌شود:

۱ـ مسمومیت‌های غذایی و مواد فاسد مصرفی، استعمال مداوم الکل، مواد مخدر و سیگار.

۲ـ عفونت‌های مزمن، آزادی مسائل جنسی و ازدیاد بیماری‌های جنسی.

۳ـ بیماری‌های تغذیه، تغذیهٔ نادرست، پُرخوری، زیاده‌روی در مصرف چربی و مواد گوشتی.

۴ـ تأثرات روحی و تحریکات عصبی، شوک‌های عصبی، نگرانی‌ها، عجله، پُرکاری، سر و صدا، جنجال‌های شهرها، جَنگ‌های سرد و گرم، روزنامه‌ها، تلویزیون، رادیو و هزاران عوامل تحریک کنندهٔ اعصاب.

علائم آگاه کننده در نقاط مختلف بدن

۱ـ قلب

درد ـ در ناحیهٔ قلب، آرنج و در ناحیهٔ گردن احساس درد می‌شود.

تنگی نفس ـ در ناحیهٔ سینه احساس تنگی و فشار می‌شود.

ورم ـ در ناحیهٔ زانوها و سر، درد و احساس سنگینی یا ورم می‌شود و همچنین در دست‌ها ورم محسوس می‌گردد.

تپش قلب ـ در ناحیهٔ قلب احساس تپش می‌شود.

کُندی ضربان ـ در ناحیهٔ قلب احساس می‌شود که قلب خیلی کُند می‌زند.

۲ـ فشار خون شریانی

سر ـ در ناحیهٔ سر احساس سنگینی می‌شود.

گوش ـ در ناحیهٔ گوش صدا حس می‌شود یا احساس سنگینی به وجود می‌آید.

چشم‌ها ـ چشم‌ها دچار تاری است یا مگس‌پران در چشم احساس می‌شود.

نفس تنگی ـ در ناحیهٔ قفسهٔ سینه تنگی حس می‌شود.

سرگیجه ـ در ناحیهٔ سر حالت سرگیجه به وجود می‌آید.

۳ـ حوادث شریان‌های مغزی

سر ـ در ناحیهٔ سر سنگینی و درد حس می‌شود.

اختلال حرکت ـ در آرنج‌ها و دست‌ها و زانوها اختلال در حرکت به وجود می‌آید.

اختلال در چشم - در چشم‌ها اختلال دید، مگس‌پران و تیرگی حس می‌شود.

اختلال در حرف زدن - در ناحیهٔ سر، مراکز حرف‌زدن خراب می‌شود و اختلال در بیان به وجود می‌آید و یا قدرت تکلّم از بین می‌رود.

حالت تهوّع و استفراغ - در ناحیهٔ معده حالت استفراغ و حال تهوّع به وجود می‌آید.

۴ـ آرتِریت (التهاب سرخرگ)

کرامپ - در ناحیهٔ زانوها و پاها گرفتگی و انقباض عضلانی و کرامپ (چنگ‌شدگی) به وجود می‌آید.

سردی پاها - در پاها احساس سردی و یخ کردن ایجاد می‌شود.

ناتوانی جنسی - ناتوانی جنسی و عدم میل جنسی به وجود می‌آید.

۵ ـ فله بیت (التهاب سیاهرگ)

ورم وریدها - در ناحیهٔ زانو و ران، وریدها مانند طنابی متورّم، دردناک و قرمز رنگ می‌شوند.

تورم - در ناحیهٔ ران و زانوها و ساق پا تورم دیده می‌شود.

درد - درد ساق پا یا زانوها پیدا می‌شود.

پوست حساس - پوست در ناحیهٔ پاها و زانو حساس و رنگین است.

بخش سوم ـ حرف پ

پاها و مراقبت از آنها

پالودیسم (مالاریا)

پشت درد (لمباگو)

پروستات

پیوره

پولیومیلیت (فلج کودکان)

پوست چیست؟

پیری روانی

پاها و مراقبت از آنها

باید گفته شود پاها که در روز وزن بدن ما را تحمل می‌کند و قدرت حرکت به ما می‌دهد، باید بیش از این مورد توجه و مراقبت قرار گیرد.

پاها بر روی اسفنجی از مویرگ‌های سیاه یا وریدها قرار دارد و ساختمان نسجی آن، طبقهٔ مالپیگی سلول‌های کف پا و طبقهٔ شاخی آن ضخیم‌تر از نقاط دیگر بدن است.

گرچه همین ضخامت طبقهٔ شاخی به مقاومت و قدرت آن می‌افزاید؛ اما باید به یاد داشت هر عارضه‌ای که به پا وارد شود، عکس‌العمل آن به تمام بدن مخصوصاً به قلب منعکس می‌گردد. حتی ناراحتی‌های قلب بر روی پاها منعکس می‌گردد و نارسایی قلب موجب تورم پاها شده و وریدهای پا نمی‌توانند خون را به راحتی به قلب بازگردانند. لذا توصیهٔ ما به شما این است که:

۱ـ هرگاه در عرض روز راه زیادی می‌روید و یا مجبور هستید سر پا کار کنید، سعی نمایید که شب‌ها پس از مراجعت به منزل روی صندلی راحتی دراز کشیده و استراحت نمایید، به طوری که سرتان پایین و پاهایتان در سطح بالا قرار بگیرد. سپس پاهای خود را با آب گرم حمام بدهید و در خاتمه پاهای خود را با آب سرد شسته، پس از خشک کردن با الکل کامفره و یا ادوکلن مالش دهید.

۲ـ هنگامی که احساس درد در پاها می‌کنید، استراحت بیشتر نمایید.

۳ـ در مقابل ورم پاها، آن را سرسری نگیرید. به پزشک متخصص مراجعه کنید تا علت تورم را تشخیص دهد و درمان کند.

۴ـ زخم‌های پا را با دقت درمان کنید.

۵ـ میخچه‌ها و سایر عوارض پا را به طور خودسرانه با اشیایی آلوده نبُرید یا درمان نکنید.

۶ـ به ساق‌های پای خود توجه بیشتری مبذول دارید. اگر دچار واریس یا تورم هستید حتماً به درمان بپردازید.

۷ـ هر شب چند دقیقه وقت خود را صرف ساق‌های پای خود بنمایید. آنها را از پایین به طرف بالا ماساژ دهید.

۸ـ چنانچه ساق‌های پا دچار چین‌خوردگی یا شلی عضلات شده است، حتماً به پزشک مراجعه نمایید تا با استفاده از پمادهای هورمونی و ماساژ درمان گردد.

پالودیسم یا مالاریا

تاریخچهٔ بیماری پالودیسم با شرح کشف عامل مولد آن

گفته شده این بیماری از قدیم‌الایام وجود داشته و تمام ملل دنیا برای آن اسم گذارده‌اند. اهالی حبشه به این بیماری بیمبی و در افریقای شرقی آن را مبو می‌گویند. این دو کلمه هر دو به زبان‌های محلی به معنی پشه است و ملاحظه می‌شود رابطهٔ بین پشه و پالودیسم را قبل از کشفیات دانشمندان، اهالی بومی این نقاط در نتیجهٔ مشاهده می‌دانستند.

توزیع جغرافیایی

این بیماری در تمام مناطق دنیا شیوع دارد. به طور کلی می‌توان چند جزیرهٔ اقیانوسیه و مناطق منجمد شمالی و جنوبی را مستثنا کرد. تمام نواحیی را که پالودیسم در آنها موجود است، نمی‌توان اسم برد و کافی است بدانیم که ۸۰۰ میلیون نفر از جمعیت تمام کرهٔ زمین در معرض این بیماری قرار گرفته‌اند و تلفات آن در سال میلیون‌هاست. توزیع جغرافیایی این بیماری با فرهنگ اهالی و فقر و جمعیت رابطهٔ مستقیم دارد. این بیماری در نواحی گرمسیری که جمعیت و اهالی آن جاهل و فقیرند خسارت جانی و مالی فراوان وارد می‌آورد. شرایط اقلیمی و به خصوص حرارت در شیوع پالودیسم دخالت زیاد دارد. پالودیسم‌ها نزد آنوفل سریع‌تر و بهتر می‌توانند سیر تکامل خود را انجام دهند. چهار نوع پلاسمودیوم (عامل بیماری) وجود دارد که هر یک در مناطق به خصوصی شیوع دارد. مثلاً پلاسمودیوم مالاریه به طور پراکنده و تک‌تک در اغلب نقاط دنیا و حتی مناطق سردسیر دیده می‌شود. در صورتی که پلاسمودیوم فالسیفارم فقط در مناطق حاره و نواحی گرم منطقهٔ معتدله دیده می‌شود.

علل بیماری

علت موجه بیماری، ورود پلاسمودیوم توسط نیش پشهٔ آنوفل در بدن انسان است. شرایط عمومی انتشار بیماری همان شرایطی است که برای نشو ونمای آنوفل‌ها لازم است. در اینجا از علل مساعد کننده صحبت می‌کنیم.

نژاد ـ کلیهٔ نژادها در برابر پالودیسم یکسان هستند و بعداً ملاحظه خواهد شد که مصونیتی که به سیاهان افریقا نسبت می‌داده‌اند، در واقع مصونیت نژادی نیست؛ بلکه مصونیت نسبی است که در اثر ابتلاهای قبلی پیدا کرده‌اند.

جنس ـ نیز به هیچ‌وجه اهمیتی ندارد و زن و مرد در شرایط مساوی به یک شدت مبتلا می‌شوند.

سن ـ نیز دخالتی در ابتلا ندارد و در سنین مختلف شخص مبتلا می‌شود. ولی بیماری نزد اطفال همیشه سخت‌تر است و در صورتی که تابلو بیماری پلاسمودیک را نزد اهالی در نظر بگیریم، همیشه تعداد اطفال مبتلا بیشتر از سالمندان است. به علت اینکه عدهٔ پلاسمودیوم‌ها در خون اطفال بیشتر است.

مسکن ـ ساختمان منازل اهمیت زیادی دارد. چون منازلی که پنجره‌هایش با توری‌های فلزی گرفته شده باشد، آنوفل وارد آنجا نمی‌شود و ابتلای کمتری اتفاق می‌افتد.

تأثیر محیط و آب و هوا ـ تغییر محیط و آب و هوا در بروز پالودیسم اهمیتی زیاد دارد. چون به کرات مشاهده شده است که رفتن از شهر به روستا یا از جلگه به کوهستان و هر نوع تغییری که در عادات شخصی داده شود، نابسامانی‌هایی را تولید می‌کند که در اثر آن پالودیسم می‌تواند عود کند. دیده شده است بین سربازانی که برای مانور تغییر مکان می‌دهند، پالودیسم خیلی زیاد می‌شود. مسافرت، خستگی راه رفتن، آفتاب خوردن، استحمام در آب سرد همگی عواملی هستند که در برگشت مالاریا مؤثر واقع می‌شوند.

مصونیت

هنگامی که پالودیسم هر ساله و به طور عادی وجود دارد، مصونیت طبیعی مشاهده می‌شود و عدهٔ محدودی به پالودیسم مبتلا نمی‌شوند. از طرف دیگر در معالجهٔ پارالیزی

ژنرال (مالاریا تراپی) به ندرت مشاهده شده است که تولید بیماری پالودیسم نزد آنها غیر ممکن باشد. لذا ملاحظه می‌شود که استثنای مصونیت طبیعی نزد عده‌ای وجود دارد. در مناطق مالاریاخیز عده‌ای ندرتاً مبتلا به پالودیسم نمی‌شوند و مصونیت طبیعی دارند ولی این مصونیت طبیعی نسبی است و چنانچه شرایط و محیط آنها عوض شود و یا آنکه از استقامت بدنی آنان در اثر بیماری‌های دیگر کاسته گردد، می‌توانند مبتلا به پالودیسم شوند.

علائم بیماری

در این مختصر علائم بیماری پالودیسم را نمی‌توان بیان کرد و فقط از علائم و اشکال بالینی بیماری و ضایعات آن تا آنجاکه مربوط به سیر تکامل انگل در بدن است و از روابط آن با بدن، صحبت خواهیم کرد.

دورهٔ نهفتگی

تعداد شیزونت‌های خون در هر میلی‌متر مکعب باید به نسبت معین برسد تا آنکه علائم بیماری و حمله بروز کند. این حد نصاب برحسب مطالعات بعضی از دانشمندان برای پلاسمودیوم مالاریه ۱۵۰ عدد و برای پلاسمودیوم ویواکس ۵۰۰ عدد و برای پلاسمودیوم فالسیفارم ۱۵۰۰ در میلی‌متر مکعب است. برای آنکه اسپروزوئیت‌هایی که با نیش پشه وارد بدن می‌شوند، تقسیم شده و به این میزان برسند، با وجود آنکه تقسیم سریع و به نسبت تصاعد هندسی است، مدت زمانی لازم است. این مدت دورهٔ کمون (نهفتگی) بیماری است. این مدتِ متغیر، با جنس پلاسمودیوم نیز تغییر می‌کند و در تلقیح درمان بیماران عصبی دورهٔ نهفتگی برای تب چهار یک ۱۵ تا ۲۵ روز و در سه یک خوش‌خیم ۷ تا ۲۱ و سه یک بدخیم از ۹ تا ۱۹ روز است. بنابر مشاهداتی که در اپیدمی‌ها شده می‌توان دورهٔ نهفتگی پالودیسم را تخمینی از ۱۰ تا ۲۰ روز تعیین کرد.

دو، سه روز یا فقط چند ساعت قبل از بروز اولین علامت، بیمار احساس خستگی، سردرد مختصر، کوفتگی بدن و به خصوص کمی اشتها و اختلالات روده‌ای می‌کند و مثلاً اشخاص معتاد به سیگار دیگر میل به سیگار کشیدن ندارند و الکل به مذاق معتادین

بدمزه می‌شود. البته در بعضی از موارد سخت این علائم حس نشده و ناگهان حملهٔ پالودیسم شروع می‌شود.

شروع حمله

پس از دورهٔ نهفتگی، تب بیمار شروع می‌شود و در صورتی که برای اولین مرتبه مبتلا به پالودیسم شده باشد، معمولاً تب همه روزه است و درجهٔ حرارت به فواصل معینی پایین می‌آید، بدون آنکه به حالت طبیعی برسد. این تب را رمیتانت می‌گویند و فقط پس از آنکه چند روز از سیر بیماری گذشت و یا در موارد بازگشت، تب متناوب یا اینترمیتانت برقرار می‌شود. تناوب تب با جنس پلاسمودیوم متفاوت است. برای پلاسمودیوم فالسیفارم تب هر روزه یا یک در سه است. در پلاسمودیوم مالاریه یک در چهار خواهد بود. (روز اول چهارم و هفتم و غیره)

عرق

بعد از چند ساعت روی پیشانی عرق مشاهده می‌شود و بعد تمام بدن عرق می‌کند، به طوری که ملافه‌ها کاملاً خیس می‌شوند. درد تخفیف یافته، برافروختگی صورت برطرف شده و رفته‌رفته بیمار به حالت عادی برمی‌گردد. درجهٔ حرارت به سرعت پایین می‌آید و از ۳۷ درجه هم کمتر می‌شود.

علل بازگشت

در بیمارانی که بدون معالجه بهبود یافته‌اند و یا به اندازهٔ لازم و کافی معالجهٔ خود را ادامه نداده‌اند، تب به فواصل غیرمعینی عود می‌کند و معمولاً عوامل مساعد کننده‌ای باعث بازگشت آن می‌شود. مثلاً مشروبات الکلی، گرسنگی، کار زیاد، خستگی، در معرض آفتاب قرار گرفتن، شنا و آب سرد و علل متعدد دیگر مانند تغییر فشار هوا، بادهای گرم و غیره بازگشت را سبب می‌شوند.

در موارد تزریق توبرکولین، شیر، کلرور دوکلسیم، سرم اسب و تزریق واکسن ضد حصبه و همچنین مالش طحال، دوش آب سرد و رادیوتراپی، تب پالودیسم بازگشت می‌کند و گاه از این روش‌ها در تشخیص بیماری استمداد می‌طلبند. گاه نیز بازگشت

بیماری مربوط به فصل است. به طوری که پلاسمودیوم ویواکس معمولاً در اواخر تابستان از خون محو شده و دوباره در اوایل بهار باز می‌گردد و تب فالسیفارم در اواخر پاییز قطع شده، دوباره در تابستان بروز می‌کند. علت علمی این بازگشت هنوز کاملاً روشن نیست و برای حل موضوع فرضیه‌های متعددی مطرح شده است که مهمترین آنها فرضیهٔ «گلژی» راجع به وجود عناصر کیستی در پالودیسم است؛ ولی تحقیقات بعدی که در این مرحله به عمل آمده، هیچ‌کدام از این فرضیه‌ها را صحیح و منطقی نمی‌داند.

فرضیهٔ دیگر فرضیهٔ «شائودین» راجع به شیزوگونی قهقرایی و پارتنوژنز است و چنانکه قبلاً نیز اشاره شد، صحیح نیست.

فرضیهٔ سوّم؛ عقیدهٔ «رس» بر این است که پس از معالجه با کینین، شیزونت‌ها به مقدار کم در احشا مانده ولی تقسیم نمی‌شوند و موقعی که شرایط مناسب بود تقسیم آنها شروع شده و تب عارض می‌گردد. در واقع رس و همکارانش مدعی هستند موقعی که بیمار تب ندارد، در صورتی که در مقدار زیادی از خون جستجوی هماتوزوئر شود، می‌توان شیزونت‌ها را پیدا نمود.

عوارض پالودیسم

عوارض پالودیسم بیشتر متوجه‌ی احشا می‌گردد. این عوارض ممکن است پس از آنکه پالودیسم معالجه شد از بین برود و یا آنکه به طور دائم باقی بماند. الین عارضهٔ کم خونی است که در بعضی موارد و موقعی که تعداد گلبول‌های قرمز به یک میلیون رسید، برگشت به حال عادی به طول می‌انجامد و معالجهٔ آن خیلی مشکل می‌شود. بیمار، ضعیف و لاغر و رنگ پریده می‌گردد و با کاری جزئی نفس تنگی پیدا می‌کند و در قلب سوفل شنیده می‌شود و گلبول‌های قرمز به یک میلیون رسیده است و در صورتی که کم خونی ادامه یابد یرقان و خونروی‌های متعدد مشاهده خواهد شد. طحال که بیشتر اوقات در فالسیفارم کمی بزرگ می‌شود، در ویواکس خیلی بزرگ شده و چسبندگی‌های متعدد پیدا می‌کند و باعث دردهای شدید آن ناحیه می‌شود. طحال ممکن است در اثر پونکسیون (کشیدن خون) یا زمین‌خوردن سخت بترکد. در این صورت علائم پاره‌شدن طحال مشاهده می‌شود.

عوارض کبدی ـ در پالودیسم همیشه دیده می‌شود؛ در طی تب‌ها کبد بزرگ شده و گاه یرقان خفیف یا شدید مشاهده می‌گردد و در صورتی که کبد معالجه نشود، منجر به عوارض سیروز رشد یابنده خواهد شد.

سندرم سورنالین (غدهٔ فوق کلیوی) ـ در پالودیسم حاد مشاهده می‌شود و حتی از علل سندرم آدیس، پالودیسم را می‌توان حساب کرد.

اختلالات دیگر

اختلالات روده‌ای در پالودیسم فراوان است و اسهال سخت خونین مانند سندرم دیسانتری (التهاب روده همراه با شکم‌درد و مدفوع خونی) مشاهده می‌شود و در خون مدفوع می‌توان پلاسمودیوم را پیدا کرد. در ریه و پردهٔ جنب و برونش ممکن است التهاب ریوی، پلوریت و برونشیت دیده شود. در آئورت (سیاهرگ قلب) تولید آئورتیت یا آنژین صدری ممکن است بنماید. سندرم وریدی و آرتِریت انسدادی و گانگرن (مرگ بافت) و فله‌بیت مشاهده می‌شود. در دستگاه عصبی سندرم مننژهٔ حاد، آزارهای مغزی که تولید همیپلژی آفازی و یا آزارهای مغز حرام که پاراپلژی تولید می‌کند در پی‌های اطراف نوریت‌های متعدد و مختلف و پارالیزی (فلج)های روحی و کونفوزیون‌مانتال (تغییرات روحی) گاه دیده می‌شود. کراتیت (التهاب قرنیه)، التهاب عنبیه و خونریزی ریتین (داخل چشم) و التهاب درونی چشم دیده می‌شود.

پشت درد (لمباگو)

بیماری پشت میز یا زندگی ماشینی

کمر درد و پشت درد از عوارضی است که امروزه بسیاری از زنان بدان دچارند. اغلب بانوانی که پشت میز می‌نشینند و رعایت بهداشت را نمی‌کنند، بدین عارضه مبتلا می‌شوند. اما دردهای ناحیهٔ کمر را اغلب کارشناسان بیماری‌های زنان مربوط به اختلالات زهدان و ضمائم آن می‌پندارند. کمر درد واژه‌ای است مهم؛ زیرا این عارضه نشانهٔ بسیاری از بیماری‌هاست. آماس بندهای مهره‌های کمر، آماس ماهیچه‌های این ناحیه، سستی بند لگن در زمان باروری و بعد از آن، درد ناحیهٔ دنبالیچه در نتیجهٔ فشار و صدمهٔ زایمان، درد در نتیجهٔ بد نشستن و راه رفتن، سیاتیک، ناهنجاری‌های پا و غیره، همه ممکن است کمر دردهای مختلف تولید نمایند.

همان طوری که آزمایش پشت و کمر و شکم و مهبل طبق دستور معین صورت می‌گیرد، به همین منوال باید این قبیل بیماران را به روش صحیحی معاینه نمود. بیمار را باید برهنه نمود و دستور داد به سوی پزشک راه رفته، سپس بازگردد و بدین ترتیب طرز راه رفتن او را باید دقت نمود. آن گاه قسمت پشت را از شانه تا دنبالیچه به دقت لمس و معاینه کرد و اگر شانه‌ها مساوی نیستند و یا آنکه خمیدگی در تیرهٔ پشت دیده می‌شود، یادداشت کرد. به بیمار باید دستور داد به جلو، عقب و دو طرف خم و راست شود و در صورتی که احساس دردی در نتیجهٔ این حرکت نمود، بگوید. این عمل نقاط حساس و دردناک ماهیچه‌های سخت، لیپوم و غیره را آشکار می‌سازد. در اینجا می‌توان بیمار را روی تخت معاینه خوابانده، اول هر دو پا و سپس هر یک را به تنهایی خم نمود و دراز کرد تا محل‌های حساس مجدداً پیدا شود و بررسی گردد. در پایان لازم است به آزمایش دو

دستی درونی پرداخت. پرتونگاری از بخش‌های مختلف تیرهٔ پشت و محل درد به تشخیص کمک خواهد نمود.

به طور اختصار چند بیماری که در ایجاد کمر درد و پشت درد مُؤثّر است، نگاشته می‌شود:

۱ـ خستگی
۲ـ آبستنی
۳ـ بیماری‌های گندزا و سرماخوردگی
۴ـ درد پس از عمل جراحی
۵ـ دردهای بند استخوان خارجی و لگن
۶ـ درد و آماس ماهیچه‌های تیرهٔ پشت
۷ـ تغذیهٔ غیرکافی بدن
۸ـ اقسام آماس گندزای بندهای مهره‌های پشت
۹ـ ضربهٔ شدید
۱۰ـ سنگ کلیه
۱۱ـ سل تیرهٔ پشت
۱۲ـ آماس چرکین کلیه‌ها
۱۳ـ کیست پیرامون کلیه
۱۴ـ تومورهای کلیه
۱۵ـ سرطان تیرهٔ پشت
۱۶ـ تومورهای عقب تیرهٔ پشت
۱۷ـ آنوریسم
۱۸ـ اسپوندیلیت (التهاب مهره‌ها)
۱۹ـ سنگ کیسهٔ صفرا
۲۰ـ آماس مزمن پروستات در مردان
۲۱ـ عدم رعایت بهداشت در نشستن

درمان

همان طور که گفته شد علل مختلف باعث ایجاد درد در ناحیهٔ کمر است، لذا برای درمان کامل تشخیص صحیح لازم است تا بتوان به درمان واقعی آن موفق شد. ولی قبل از هر کار رعایت دستورات زیر را توصیه می‌کنیم:

۱ـ استراحت کامل ـ تکرار این مطلب ضروری است که استراحت به طور مسلم ۵۰ درصد ناراحتی و درد را به هر علت که باشد درمان می‌کند.

۲ـ بستن ناحیهٔ کمر به طور محکم

۳ـ مصرف اغذیهٔ مقوّی و گرم

۴ـ خوردن تخم‌مرغ، شیر، کره و مربا

۵ـ گرم نگه‌داشتن بدن مخصوصاً ناحیهٔ کمر

۶ـ دوش آب گرم و گذاردن کیسهٔ آب گرم یا بالش برقی در رختخواب.

۷ـ مصرف روزی ۳ دانه قرص مسکن نیز در بهبودی درد بسیار کمک می‌کند.

۸ـ مراجعه به پزشک کاردان برای پی‌جویی علت درد که با عکس‌برداری، بیماری مشخص می‌گردد.

۹ـ چنانچه عیب یا عارضهٔ بیماری موجود نباشد، باید علت آن را در بد نشستن دانست.

دردهای پشت که در ناحیهٔ کمر می‌گیرد، لمباگو دیسکوپاتی نامیده می‌شود. چارهٔ این پشت دردها یا بیماری پشت میز نشینی و تمدن، ورزش مخصوصی است که با نظر متخصّصین تهیه گردیده است و به رفع درد و سلامت بدن کمک شایانی می‌نماید. لذا توصیه می‌نماییم که با نظر پزشک، این تمرین‌ها را انجام دهید تا عضلات و ستون مهره‌ها به وضع طبیعی خود درآمده و درد پشت یا لمباگو و عوارض آن درمان گردد.

پروستات

پروستات از سن چهل سالگی به بعد؟

پروستات در کجا قرار دارد؟

پروستات چه نقشی در زندگی دارد؟ پروستات در فعالیت اسپرماتوزوئید چگونه اثر می‌کند؟

چرا پروستات بزرگ می‌شود؟

علائم بزرگ شدن پروستات چگونه است؟

هیپرتروفی (بزرگ شدن) پروستات

ازدیاد حجم و رشد زیاده از حد غدد ترشحی و محیطی مجرای خلفی پیشاب، غدهٔ کم و بیش بزرگی را در مجاورت گردن مثانه به وجود می‌آورد که نام صحیح آن آدِنوم پری‌اورترال است. اما چون قدما پیدایش این تومور را مربوط به بزرگ شدن غدهٔ وزی (چربی) می‌دانستند، و امروز نیز به این نامگذاری غلط آشنا می‌باشند، بیماری مزبور هنوز هم آدنوم (تومور) پروستات و یا بزرگی غدهٔ وزی نامیده می‌شود. عوامل مُؤثّر در پیدایش بزرگی غدهٔ چربی را به دو دستهٔ مستعد کننده و اصلی می‌توان تقسیم کرد:

علل مستعد کننده

عوامل مستعد کننده در این بیماری متعدد است و مهمترینشان عبارت‌اند از التهاب‌های مجرای خلفی (پشتی)، آماس‌های غدهٔ وزی، تنگی مجرای ادرار، سنگ‌های مثانه، تصلّب شرایین، سیفیلیس، بالأخره سن که بالارفتن آن و التهاب مزمن مجرای خلفی در بروز این بیماری دخالت غیرقابل انکاری دارند. بزرگ‌شدن غدهٔ وزی عموماً از ۴۰ سالگی به بالا ظاهر شده و از ۶۰ سالگی به بالا به حد اعلای وفور خود خواهد رسید و چنانچه در سابقهٔ مبتلایان به آن دقت کافی به عمل آید و در آزمایش نیز سهل‌انگاری

نگردد، مبتلا بودن بیشترشان به التهاب مزمن مجرا و حتی آماس خود غدهٔ چربی نیز مسلم می‌گردد.

علل اصلی و واقعی

راجع به این دسته از عوامل دو فرضیهٔ مختلف وجود دارد که یکی از آنها فرضیهٔ عفونت و دیگری فرضیهٔ سرطانی است.

بنابر فرضیهٔ اول، مجاری ترشحی غدد محیطی مجرا به علت عفونت مزمن، خودِ مجاری و نسوج سلولی محیط آنها مبتلا به تنگی شده، مانع از خروج ترشحات محتوی در آسین‌ها می‌گردند. با این وصف رکود ترشحات مزبور، هم موجب اتّساع آسین‌ها، هم موجب بزرگ‌شدن غده‌های پری اورترال و پیدایش آنچه که به نام آدنوم نامیده می‌شود خواهد بود.

نشانه‌ها

شروع بیماری ـ گذشته از اَشکالی که مدت‌ها بی‌سر و صدا رشد و نمو می‌نماید، سایر آدنوم‌های پروستات اختلالات ادراری کم اهمیتی را سبب می‌شوند یا در عین سلامت و بدون سابقه دفعتاً شاش‌بند کامل می‌دهند و یا بالأُخره با علائم و آثاری مشخص جلب توجه می‌نمایند که روز به روز به اهمیتشان افزوده شده و موجب شدت یافتن ناراحتی بیمار می‌گردند، بروز این علائم و عوارض که در هر دوره‌ای از کسالت ممکن است موجب مراجعهٔ بیمار باشند، رابطهٔ مستقیمی با قدرت عضلات مثانه و شدت احتقان دستگاه ادراری و تناسلی دارد و هیچ‌گونه رابطه‌ای با بزرگی و اندازهٔ تومور نخواهد داشت. چنانچه ممکن است یک آدنوم (تومور) بزرگ مدت‌ها بدون اختلال ادراری بماند، در صورتی که یک آدنوم کوچک و به خصوص آدنوم‌های حاصله از لوب وسطی و یا آدنوم‌های داخلی فشارنده، مولد عوارض شدید و زودرسی گردند.

در هر حال بنابر طبقه‌بندی «گویون» و عده‌ای دیگر از محققین، از جمله «ماریون» نشانه‌های آدنوم پروستات را در سه دورهٔ مختلف، مرحلهٔ ابتدایی اختلالات ادراری، مرحلهٔ شاش‌بند ناقص یا مرحلهٔ باقی‌مانده و مرحلهٔ احتباس ناقص همراه با اتّساع مثانه، می‌توان مطالعه کرد.

مرحلهٔ اختلالات ادراری

اولین علامتی که در این دوره و یا به طور کلی در مقدمهٔ آدنوم پروستات ظاهر می‌شود، تکرار ادرار شبانه است. این تکرار ادرار، مبتلایان را مجبور می‌کند تا در نیمهٔ دوم شب، یکی دو مرتبه برای تخلیهٔ مثانه از خواب برخیزند. بیمار برای ادرار کردن از خواب بیدار می‌شود امّا برای انجام آن مدتی باید زور بزند تا ادرارش جریان یابد و تازه وقتی هم که جریان پیدا کرد، قدرت پرشش از حال طبیعی کمتر و قُطرش از اندازهٔ معمولی نازک‌تر خواهد بود.

کم‌کم شب به پایان می‌رسد و بیمار بستر خود را ترک می‌کند. اما چون پُرخونی شدیدی که هنگام استراحت در آدنوم ایجاد شده بود چند ساعتی باقی می‌ماند، نیمهٔ اول روز و تا یکی دو مرتبه ادرار کردن نیز ناراحتی‌های شبانه تکرار می‌شوند؛ تا آنکه بالأخره پُر خونی غدهٔ وزی برطرف شده و وضعیت بیمار به حال طبیعی بر می‌گردد. (گاهی هم تکرار ادرار روزانه به تکرار ادرار شبانه افزوده خواهد شد.)

پُرخونی اعضای دیگر دستگاه ادراری نیز باعث احتقان پروستات می‌شوند که به نوبهٔ خود حائز اهمیت هستند. پُرخونی اعضای داخل لگن، سبب نعوظ‌های صبحانه و حس سنگینی و ناراحتی در ناحیهٔ مقعد و تصور جسمی خارجی در این عضو می‌گردد. احتقان مثانه و گردن آن موجب بروز درد و ناراحتی در آخر ادرار شده و بیمار را وادار می‌کند که به محض پیدایش حس ادرار مثانه را تخلیه نماید. بالأخره پُرخونی کلیه‌ها موجب ازدیاد ترشح ادرار و فزونی تکرار آن می‌گردد؛ به نحوی که مقدار ادرار شبانهٔ بیمار ممکن است بالغ بر هزار و دویست تا هزار و پانصد گرم گردد.

عوارض آدنوم پروستات

مهمترین عوارض یا حوادثی که در دوران آدنوم غدهٔ وزی ممکن است پیشامد نمایند یا حوادث و اختلالات ادراری هستند مثل شاش‌بند، بی‌اختیاری در ادرار، یا عوارض عفونی چون التهاب مجرای ادرار، تورم غدهٔ چربی، آماس‌های بیضه و اپیدیدیم، آماس مثانه، آماس میزنای و لگنچه و کلیه، عفونت ادراری و یا بالأخره عوارضی که در اثر تغییرات شیمیایی ادرار به وجود می‌آیند، مثل تبدیل شدن آدنوم پروستات به سرطان،

تصلّب کلیه‌ها و پیدایش سنگ پروستات یا سنگ مثانه.

درمان بزرگی پروستات

چون کمتر اتفاق می‌افتد که آدنوم غدهٔ وزی عمل جراحی فوری لازم داشته باشد، لذا قبل از هر چیز بیمار را تحت یک درمان بهداشتی و دارویی قرار می‌دهند تا آنکه با اجرای آزمایش‌های لازم بتوانند قابل عمل بودن یا نبودن وی را معین نمایند.

درمان بهداشتی و دارویی یا درمان تسکینی

درمان بهداشتی برای هر سه دوره تقریباً یکسان و شامل دستورات زیر است:

بیمار باید خود را زیاد خسته نکند؛ اما از استراحت‌های طولانی در رختخواب، نشستن زیاد در یک جا، مسافرت طولانی با راه‌آهن یا اتومبیل و بالأخره دوچرخه‌سواری و اسب‌سواری که موجب پُر خونی غدهٔ وزی می‌شوند، پرهیز نماید و پس از هر مرتبه غذا خوردن هم مدت ده دقیقه قدم بزند. از خوردن غذاهای محرک، ادویه‌جات، مشروبات الکلی و زیاده‌روی در غذاهای مجاز و نوشیدنی‌ها بپرهیزد و در ضمن دقت کند که اجابت مزاجش مرتب باشد.

بالأخره هنگام بروز حس ادرار از تخلیهٔ مثانه خودداری ننماید و هرگاه که میل و رغبتی به مقاربت در خود دید، بدون آنکه در دفعات آن زیاده‌روی کند و یا در هر دفعه مقاربت زیاده از حد معمول معطّل شود، خود را راضی سازد. اگر بیمار مبتلا به آدنوم از درد سوزش هنگام ادرار کردن و زور و پیچ در آن موقع شکایت داشته باشد، بهترین راه تسکینش تجویز تنقیه‌های مسکن و یا شیاف‌های مسکن خواهد بود.

پیوره

پیوره یک بیماری عفونی استخوان فک دندان‌هاست و اگر به موقعِ خود معالجه نشود، می‌تواند استخوان‌های فک‌ها را طوری خراب کند که وقتی دندان خراب را کشیدند، دندان مصنوعی نتواند روی فک تطبیق داده شود و به آن عادت کند.

پیوره باید خیلی زود به وسیلهٔ دندانپزشک جراح معالجه شود. پیوره در اثر غفلت و سهل‌انگاری به وجود می‌آید و آن را نباید با بیماری‌های لثّه اشتباه کرد. بیماری لثّه‌ها پیوره نیست و خیلی زود معالجه می‌گردد. در بعضی اقوام وحشی که از نظر تغذیه کامل بوده‌اند و مورد تحقیق و پژوهش «سِر رابرت ماک کاریسون» انگلیسی و دکتر «وستون پرایس» امریکایی واقع شده‌اند، بیماری پیوره وجود ندارد.

من عقیده دارم که نسل‌های آیندهٔ انسانی که از یک تغذیهٔ متعادل استفاده خواهند کرد، دچار کِرم‌خوردگی دندان نخواهند شد و دندان‌های خود را فقط برای پاکیزگی، مسواک خواهند کرد. به انتظار چنین زمانی به خاطر داشته باشید که یک رژیم خوب غذایی باید دارای ویتامین‌های A و C و D و مقدار کافی کلسیم باشد تا به شما کمک کنند که شما دندان‌های خود را تا آخر عمر دراز و طولانی خود حفظ کنید.

دکتر «فرد دی. میلر» در کتاب بسیار جالب خویش به نام «درِ گشوده به سوی تندرستی» چنین می‌نویسد:

> «اگر موادی که بدن ما هر روز از خون دریافت می‌کند تا به ترمیم و تشکیل اعضای بدن برساند، از نظر کیفیت، درجهٔ دوم یا سوم باشد، دندان‌ها با همان مواد نامرغوب ساخته می‌شوند و خیلی زود لق و فاسد می‌شوند. درست مثل پارچهٔ نازک بی‌دوامی که از آن لباس بدوزیم.»

من مطالعهٔ کتاب دکتر فرد دی. میلر را به تمامی پدران و مادران سفارش می‌کنم. همه می‌دانند دندان‌ها احتیاج به کلسیم دارند و از سخت‌ترین ماده در دستگاه بدن

ساخته شده‌اند که کلسیم و فسفر است؛ این دو ماده همچنین از سخت‌ترین مواد استخوان‌هاست. اینک اطلاعاتی عجیب که بسیاری از مردم آن را نمی‌دانند.

کمبود ویتامین A می‌تواند موجب سستی و فساد جنس سخت دندان‌ها گردد و اگر ویتامین D به اندازهٔ کافی برای دندان‌ها فراهم نشود، هر چند غذای شما سرشار از کلسیم باشد، بدن نخواهد توانست آن را هضم و جذب کند و مادهٔ ساختمانی دندان‌ها که مورد احتیاج است، به دندان‌ها نخواهد رسید.

ویتامین C برای تولید کولاژن (بافت همبند) که اساس دندان‌ها را حفظ می‌کند و نیز برای استخوان‌بندی دندان‌ها ضروری است و استخوان فک هم که دندان‌ها روی آن سوار شده‌اند مثل همهٔ استخوان‌ها به کلسیم و فسفر نیاز دارد.

فلوئور و پوسیدگی دندان‌ها

در کشورهای پیشرفته موضوع اضافه کردن فلوئور به آبی که می‌نوشیم برای حفظ دندان‌ها از کِرم‌خوردگی موجب بحث‌های زیادی شده است. در این مورد شخصاً عقیده دارم کار عاقلانه این است که از دستورهای مادر غمخوار و کهنسال طبیعت پیروی کنیم و زیاد ماهی و فراورده‌های دریایی بخوریم.

این هدایای طبیعت، برای ما فلوئور لازم راکه برای دندان‌ها ضروری است، فراهم می‌آورد. عموماً مردم سیسیل دارای دندان‌های سفید عالی هستند؛ بدون هیچ شکی به این علت که غذای خود را از دریا می‌گیرند.

جرم دندان‌ها

هیچ دهانی خالی از میکروب نیست؛ ولی وقتی میکروب‌ها با ریزه‌های غذایی مخلوط می‌شوند، یک طبقهٔ نازک نامرئی به نام پلاک تشکیل می‌دهند که ما به آن جرم دندان‌ها می‌گوییم. جرم دندانی، دندان‌ها و لثه‌ها را می‌پوشاند و پناهگاه میکروب‌های مهاجمی می‌شود که خرابی و فساد تولید می‌کنند.

قند غذای این میکروب‌هاست که در کمتر از بیست و چهار ساعت می‌توانند زیاد شوند و خرابی به بار آورند.

شستشوی دقیق دهان و دندان‌ها با مسواک و خمیر دندانی که دندان‌ها و لابه‌لای ایشان

را پاک کند، این جرم را به آسانی برمی‌دارد والاّ جرم دندانی (پلاک) سخت می‌شود و رفته‌رفته روی مینا را می‌گیرد و به قدری لثه‌ها را تحریک می‌کند که بزرگسالان دندان‌های خود را به دنبال عفونت لثه‌ها از دست می‌دهند. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت بیش از هفتاد درصد کسانی که دچار عفونت لثه و دندان می‌شوند و دندان‌های خود را از دست می‌دهند، کسانی هستند که به شستشو و بهداشت دهان و دندان خود توجه ندارند.

پولیومیلیت (فلج کودکان)

فلج کودکان بیماری عفونی و مُسری است که برای اولین بار به وسیلهٔ پزشک آلمانی «هن» در سال ۱۸۴۰ تحت مطالعه قرار گرفت. در کنگرهٔ پزشکی برلن به سال ۱۸۹۰ «مدن پوشک» سوئدی همه‌گیری یک نوع بیماری را که مخصوصاً در اطفال سبب فلج هر دو پا شده بود و شباهت تام به بیماری هن داشت به اطلاع پزشکان رسانید.

بیماری به شکل انفرادی و یا به طور اپیدمی بروز می‌کند. شاید کانون اولیهٔ بیماری سوئد و نروژ بوده و از آنجا به سایر نقاط دنیا سرایت کرده باشد.

علت بیماری

فلج کودکان در نتیجهٔ دخول یک نوع ویروس فیلتران (صافی‌گذر) در بدن است.

سرایت بیماری

اغلب مستقیم و به وسیلهٔ تماس انسان سالم با بیمار و به وسیلهٔ ترشحات حلق و بینی انجام می‌گیرد. ممکن است سرایت غیر مستقیم و از راه دستگاه هاضمه به وسیلهٔ آب، شیر، کره، سبزی، سالاد و میوهٔ خام باشد.

گاهی بیماری به وسیلهٔ حاملین میکروب (اشخاص سالم) انتشار می‌یابد. در مدفوع بیماران و حاملین میکرب و ناقهین (کسانی که دورهٔ نقاهت را می‌گذرانند) و همچنین فاضلاب، میکروب وجود دارد.

بعضی مگس‌ها که در مجاورت بیماران زیست می‌کنند ممکن است حامل میکروب باشند و با آلوده کردن اغذیه باعث انتقال بیماری گردند.

بیماری به شکل اپیدمی‌های کوچک (سربازخانه، مدرسه و خانواده) بروز می‌کند و بیشتر در فصل تابستان و پاییز دیده می‌شود. بالا بودن درجهٔ حرارت خشکی هوا و پایین

رفتن سطح آب‌های زیرزمینی در بروز بیماری تأثیر بسزایی دارد.

انتشار بیماری

بیشتر در اطراف جاده‌ها و در طول رودخانه‌ها انتشار بیماری بیشتر است. حاملگی، خستگی، سیاه‌سرفه و ضربه، عواملی است که کم و بیش در بروز بیماری دخالت دارد. بیماری بیشتر در کودکان بین ۳ـ۴ ماهگی دیده می‌شود و بعد از ۱۰ سالگی کمتر مشاهده می‌گردد؛ ولی در تمام ادوار زندگی ممکن است بروز نماید.

برحسب همه‌گیری گاهی در سالمندان و زمانی در اطفال بیشتر است که تلفات در سالمندان و بالغین بیشتر از کودکان است.

مردان بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند.

تمام نژادها مبتلا می‌گردند ولی مقاومت زردپوستان و سیاهان بیشتر است. فقر و عدم رعایت اصول بهداشتی در سرایت و بروز بیماری بی‌تأثیر است. گاهی اپیدمی در دهات بیشتر از شهر و گاهی برعکس است. اشخاصی که به علت حرفهٔ خود بیشتر مسافرت می‌نمایند، زودتر مبتلا می‌گردند و یا باعث انتقال بیماری به اطراف خود می‌شوند. مصونیت دائمی دربارهٔ بیماری نادر است.

علائم بیماری

دوران نهفتگی به طور متوسط ۴ تا ۸ روز و گاهی تا ۱۴ روز است.

شروع بیماری با علائم عفونی است. تب در حدود ۳۹ درجه و گاهی بیشتر، بیمار در سر و پشت و پا احساس درد دارد. گاهی علامت مننژیت و فلج دیده می‌شود. ممکن است شروع بیماری با اختلالات جهاز هاضمه، درد شکم، تهوّع، استفراغ و اسهال باشد. گاهی دانه‌های قرمز مخملکی و یا سرخکی دیده می‌شود. دوران عفونت ۲ـ۴ روز طول می‌کشد. در خارج از محیط اپیدمی تشخیص بیماری مشکل است.

دوران فلج

در این دوره علائم عفونی و عمومی تخفیف یافته، تب قطع می‌گردد و ظرف چند ساعت فلج ظاهر می‌شود. ممکن است فلج در دست و پا و یا عضلات تنه باشد.

مشخصات فلج به قرار زیر است:

۱ـ فلج یک مرتبه و در محوطهٔ عضلاتی که باید مورد حملهٔ ویروس قرار گیرد، ظاهر می‌شود و فلج تدریجی، استثنایی است.

۲ـ عضو فلج‌شده شُل است و در حساسیت اختلالی مشاهده می‌شود. در فلج معمولاً اسفنکترها طبیعی است ولی به عقیدهٔ «گروسیور» و یارانش، اختلالات اسفنکترها مخصوصاً در بالغین دیده می‌شود و اغلب با فلج یا بعد از استقرار ظاهر می‌شود و شاش‌بند در نصف اوقات بیش از ۷ روز طول می‌کشد.

۳ـ کبودی و سردی و عرق و ورم مختصر پوست در عضو فلج‌شده دیده می‌شود.

سیر بیماری و پیش‌بینی

سیر مرض برحسب ضایعات و اَشکال مرض متفاوت است. تلفات برحسب اپیدمی، مختلف و ۱۰ الی ۳۰ درصد است. مرگ به علت تب زیاد و تشنّجات است. در نتیجهٔ سنکوپ تنفسی و یا قلبی، بیمار تلف می‌شود. گاهی در کودکان عفونت‌های اضافی مثل برونکوپنومونی علت مرگ است.

درمان بیماری

- در دوران حاد بیماری سرم به کار می‌برند.
- در دوران تخفیف فلج فیزیوتراپی تجویز می‌شود.
- در دوران ضایعات قطعی، عمل جراحی کمک مهمی به بیماران است. تجویز ویتامین‌های B و C و تزریق اورتریپن در ورید مفید است. آنتی‌بیوتیک‌ها روی فلج اطفال بی‌اثرند.

چرا باید اطفال را بر ضد این بیماری تلقیح کرد؟

بدین جهت که فلج اطفال عارضهٔ شایعی است و شیوع آن به خصوص در بین ملت‌هایی که از لحاظ پیشرفت تمدن و رعایت بهداشت وضع مطلوبی دارند رو به افزایش است و داروهای شیمیایی نیز نتوانسته است مصونیّتی ایجاد کند، پیشگیری توسط گاماگلبولین هم با عدم موفقیت مواجه شده است.

چطور باید تلقیح کرد؟

باید سعی کرد که در همه مصونیت ایجاد شود. در اطفال لازم است در برابر سه ویروس مصونیت ایجاد نمود و این کار را باید قبل از آنکه اطفال به خودی خود مبتلای به بیماری شده و در آنها مصونیت به وجود آید، آغاز کرد. برای به دست آوردن مایهٔ لازم جهت مصونیت مُؤثّر سه نظریه وجود دارد:

ـ استعمال سوش‌های خنثی شده عملاً قابل اجرا نیستند.

ـ استعمال سوش‌هایی که از حدت آنها کاسته شده بسیار جالب است، ولی این طریقه هنوز اجرا نشده است و تحقیقات دربارهٔ آن ادامه دارد.

ـ بالأخره استعمال سوش‌های بیماری‌زایی که غیرفعال است. این مایه کاملاً بی‌ضرر است و در انستیتو پاستور، بین سوش‌هایی که از انسان به دست آمده، آنهایی را انتخاب می‌کنند که حداقل قدرت (نروتروب Neurotrope) را داشته و حداکثر قدرت آنتی ژن را دارا باشند. مایع ضد فلج اطفال که در انستیتو پاستور تهیه می‌شود از عصارهٔ کشت سه نوع ویروس فلج اطفال تشکیل یافته است که به وسیلهٔ فرمول آن را غیرفعال کرده‌اند. به طور کلی واکسنی است پولی والان و غیرفعال. این واکسن فاقد مواد محرک (آلرژن) است و حاوی مقادیر اندکی پنی‌سیلین، استرپتومایسین و یک داروی ضد قارچی است. این واکسن را باید فقط از راه زیرجلدی در ناحیهٔ تحت خاری یا نسج زیر جلدی جدار شکم تلقیح نمود. لازم است سه تزریق متوالی با فواصل حداقل ۳ هفته انجام شود. آنتی کورها در حوالی روز دوازده پس از اولین تزریق تولید می‌شود. تلقیح دوم جنبهٔ استحکامی دارد. تلقیح سوم عیار آنتی‌کورها را خیلی بالا می‌برد. مصونیت ۲ هفته بعد از آخرین تلقیح حاصل می‌شود.

از این تلقیح چه نتایجی می‌توان انتظار داشت؟

طی یک سال بیش از صد میلیون تلقیح انجام گرفته و هیچ نوع عارضه یا ناراحتی مهمی مشاهده نشده است. پس معلوم می‌شود که این واکسن هیچ نوع ضرری ندارد.

دربارهٔ مُؤثّر بودن آن نیز نباید تردید نمود، البته اطفال تلقیح شده کاملاً مصون نیستند، ولی اگر مبتلا به این بیماری شوند فلج نشده و یا فلجشان محدود می‌باشد و

اغلب بدون عارضه‌ای بیماری برطرف می‌شود.

چه کسی باید تلقیح شود؟

در وهلهٔ اول باید اطفال ۲ الی ۱۲ ساله را که نسبت به این بیماری خیلی حساس هستند، تلقیح نمود. در حال حاضر تلقیح ضد پولیومیلیت نیز در ردیف تلقیحات معمولی دوران اول طفولیت قرار گرفته است.

دربارهٔ این واکسن در فصل مایه‌کوبی توضیحات بیشتری داده شده است.

پوست چیست؟

پوست گذرگاه پیکر آدمی است، اما جز این هم وظیفه‌ای دارد و به مانند دستگاه شوینده‌ای است که از آن آب می‌تراود و آلودگی‌ها را دور می‌سازد. عقیده چنین است که نیروهای گوناگون زندگی در طبیعت موجود است. پس چرا ما آنها را گرد نیاوریم و در دسترس پوست خود قرار ندهیم تا آن نیروهای زندگی بخش را بمکد و جذب کند؟ بر علم و دانش‌های وابسته به آن واجب است که در پی عناصر مذکور به پژوهش برخیزد و بر این مواد ارزنده دست یابد و آنها را به صورت قابل جذبی در دسترس پوست گذارد.

پوست از جلمه غده‌هایی محسوب می‌شود که مستقیماً ترشحات خود را به درون خون می‌ریزند، و این قطعی است که قانونی خاص و یگانه اعمال این گونه غدد را به هم مرتبط می‌دارد. این قانون اجازه می‌دهد مواد شیمیایی که سبب دگرگونی‌هایی در اعمال غدد می‌گردد و سوخت و ساز داخلی را متعادل می‌سازد و بر ترشحات یاخته‌های دیگر اثر می‌گذارد، از پوست ترشح شود.

این نیز معلوم است که غدد نخاعی در حفظ توازن دستگاه عصبی کوشا هستند. این تأثیرپذیری دستگاه عصبی که با تازگی و جنبش و نشاط پوست بستگی دارد، به‌معنی آن است که تمام حالات نفسانی و ذهنی تحت تأثیر کلی آن قرار می‌گیرد. بنابراین نظریه‌ای که می‌گوید:

«پیری در آن واحد هم عملی است عضوی و هم عملی نفسانی است.»

مصداق پیدا می‌کند و نیز این سخن که «عمر ما، عمر پوست ماست.» برابر یا متمّم این سخن مشهور «الکساندر بوگومولتز» خواهد گردید که می‌گوید: «عمر ما، عمر بافته‌های پیوندی ماست.»

دوست دارم جمله‌ای چند از قول دکتر «مارشال» متخصّص نامدار امریکایی که سرم الکساندر بوگومولتز را مورد استعمال قرار داد نقل کنم. گاهی چین و شکن‌های چهره از

میان نمی‌رود، ولی با این همه در آن نرمی و فروغی انکارناپذیر نمودار می‌شود. مو، رنگ نخستین خود را باز می‌یابد و چنان می‌نماید که فعالیت‌های زیان‌بخش پیری کُندی می‌پذیرد و دیگر بار نشانه‌های جوانی آشکار می‌گردد. اگر ما پوست را واسطهٔ نیرومند ساختن و نشاط بخشیدن قرار دهیم، با این طریقهٔ ظاهری به تحقیق دو غرض توفیق یافته‌ایم.

از گفته‌های مذکور کمال اهمیت و نهایت ارزش پوست آشکار می‌گردد. اما ما را نیازی به آگاهی از طبقات مختلف آن نیست، بلکه تنها چیزی که آگاهی از آن ما را بسنده خواهد بود این است که بدانیم آنچه مستقیماً در زیر طبقهٔ بیرونی پوست قرار دارد، بافته‌های پیوندی است که الکساندر بوگومولتز آن را نسبت به کالبد آدمی و پیکر زندهٔ بشری به مثابه ریشه و بن در جهان رستنی‌ها به شمار آورده است. پس بافته‌های مذکور نخستین طبقه‌ای است که در زیر پوست واقع شده و همواره با دیگر اعضا و جهان بیرونی بستگی دارد و ابزار کار آن عبارت است از وریدها و شریان‌های موبین و پی‌ها که اینها خود دو عامل ارزندهٔ زندگی پیکر ماست و هر زخم و خراشی که بر پوست ما وارد آید، فوراً در بافته‌های پیوندی ما نشاط و جنبشی سودمند پدیدار می‌گردد.

پس حالت شیمیایی و تغذیه و قدرت سوخت و ساز و توازن یاخته‌های این بافته است که به صورتی واضح و آشکار حالت پوست را معین می‌دارد.

از این گفتار چنان برمی‌آید که پوست تنفس می‌کند و این تنفس هم سخت لازم و ضروری است. خوب تنفس چیست؟ دم و بازدم، فرو بردن هوا و برآوردن بازماندهٔ آن... اگر ما به خوبی از عهدهٔ آن برآییم و با وسایل علمی و ابزارهای پزشکی تن خویش را آماده سازیم که تا آنجا که ممکن است عمل جذب و مکیدن را به انجام رساند، خواهیم توانست که بدن را بر جذب عناصر نشاط‌بخش یعنی عناصری که در بنیهٔ بشری و پیکر انسانی دارای آثاری سودمند است، توانا سازیم.

حقیقت مهمی که نباید هرگز از نظر دور داریم آن است که صدها مواد و عنصر خارجی که از راه پوست داخل بدن می‌کنیم می‌تواند عامل بروز و یا کمینگاه مساعدی برای سرطان باشد. آنچه از این میان بیشتر شایع است، موادی است که استعمال آنها مایهٔ بروز

اگزمای گوناگون در روی پوست می‌شود. موادی که با آن البسه را رنگ می‌کنند، مایعاتی که برای شستن جامه‌ها به کار می‌رود و داروهای شیمیایی، تأثیر سوئی بر پوست می‌گذارند.

در حقیقت ما اعمال تخریبی و زیان‌آور فراوانی نسبت به حیات سلول‌های خویش، با وارد کردن عناصر مضر از طریق پوست مرتکب می‌شویم!

این وظیفهٔ شیمیدان‌ها و پزشکان و زیست‌شناسان است که تمام همّ و غمّ خود را صرف شناخت عناصر مضر برای پوست کنند و بر ما مردم عادی نیز واجب است که نسبت به هر چه با پوست و صورت ما بستگی دارد، کمال توجه و احتیاط و پرهیز را مبذول داریم. زیرا همین صورت و چهره است که چون پردهٔ سینما فیلم زندگی بر آن به نمایش گذاشته می‌شود و سرگذشت ما را از پیری و جوانی باز می‌نماید. پس پوست با همگامی و همکاری با نسج رابط بافته‌های پیوندی به جنگ فرسودگی پیکر و روان بر می‌خیزد و بزرگ‌ترین مدافع ما بر ضد پیری می‌شود. هر چند پیش از این اشاره کرده‌ام که پوست همانند پردهٔ سینمای بزرگی است، اما نیک و در خور است که در فیلم حیات، پوست را همچون ستارهٔ سینما و نیز قهرمان میدان علم به شمار آریم.

ای خوانندهٔ گرامی، اکنون صحنه‌هایی را تصویر می‌کنم که چندان خوشایند نیست. آیا تا به حال در روزنامه خوانده‌اید که مرگ کسی را مشکوک تشخیص داده و به دستور دادستان و جز او، جنازه متوفّی را از خاک بیرون آورده‌اند؟ بی‌شک شما نیز مطالبی از این قبیل را شنیده یا خوانده‌اید. امروز علم به این نظریه گردن نهاده که بدن مرده پس از به خاک سپرده شدن، بعضی عناصر موجود در خاک را جذب می‌کند و از آن رو که در خاک بعضی از گورها زرنیخ وجود دارد، پیکر مرده تا حد اشباع زرنیخ را می‌مکد. در این حال در تمام اجزا و بافت‌های پیکر مرده به یک اندازه زرنیخ وجود دارد. زیرا لازمهٔ راه یافتن زرنیخ از طریق پوست به بدن مرده آن است که مادهٔ مزبور به طور متساوی در بدن پراکنده شود و بافت‌ها و یاخته‌ها به یک اندازه بهره‌مند گردند.

بدن مردان در کار جذب و مکیدن تواناتر است و به همین سبب درمان ظاهری دربارهٔ زنان سودمندتر خواهد بود و نیز دوست دارم توجه خواننده را به امتیاز عمومی پوست

معطوف دارم و آن این است که پوست از خون اسیدی‌تر است و به واسطهٔ همین خاصیت در از میان بردن میکروب‌ها تواناتر می‌نماید.

پس ای خواننده گرامی زنهار از اینکه با به کار بردن داروهای گوناگون که شاید از لحاظ بهداشت و آرایش روزانه هم مفید باشد، اسید طبیعی پوست را نابود سازی. این نکته بر انواع صابون‌ها هم منطبق می‌شود؛ چه افراط در به کار بردن آنها اسید پُربهای طبیعی پوست را نابود می‌سازد.

و اما آنچه دانستن آن بسیار لازم و سودمند است اینکه پوست نباید هرگز خشک شود. بلکه باید همواره رطوبت طبیعی خود را در بر داشته باشد. نظری سطحی به پیران و سالخوردگان مخصوصاً مردان، ما را بر خشکی پوست ایشان که بیشترِ آب خود را از دست داده واقف می‌دارد و اگر بخواهیم دقیق‌تر و با موازین علمی به تعبیر این موضوع پردازیم، باید بگوییم توانایی سلول‌ها برای نگاهداری رطوبت از میان رفته است. عامل اساسی که پوست را به نگاهداری رطوبت طبیعی توانا می‌سازد و از تبخیر در امان می‌دارد، همین ترشحات روغنی و چرب است که از غده‌های پوست بیرون می‌تراود. پس هرگز این چربی‌های طبیعی را نابود نسازید؛ زیرا این چربی‌ها تنها وسیلهٔ طبیعی است که پوست را از خشک شدن نگه می‌دارد و نمی‌گذارد چین و شکن پیری بر آینهٔ چهره و صفحهٔ پوست نمودار گردد.

راه‌های ورود میکروب

ترکیبات میکروبی و طفیلی‌ها از چهار طریق به داخل جسم انسانی راه می‌یابند که عبارت است از: ۱ـ راه دهان ۲ـ راه‌های تنفس و غشاهای واقع در چشم، گلو و بینی ۳ـ سوراخ‌های پوست ۴ـ سوراخ‌هایی که بر اثر گزیدن حشرات به وجود می‌آید.

تعیین حدود مزبور که در آن جای هیچ‌گونه شک و تردیدی نیست، بیش از پیش اهمیت پوست را در نظر ما آشکار می‌دارد. بدبختانه پوست تیره روز به واسطهٔ اعمال ما مورد بدرفتاری‌های عدیده قرار می‌گیرد. گاهی آن را به عنوان پاکیزگی می‌آزاریم و یا به سختی مالش می‌دهیم. زمانی بی‌آنکه به بدفرجامی کار خود بیندیشیم، داروهای زیان‌آور بر سطح آن می‌ریزیم.

حال اگر پیکر کسی را که با خوردن زرنیخ خود را مسموم ساخته، مورد کاوش قرار دهیم مشاهده خواهیم کرد که بیشتر زرنیخ‌ها در کبد و کلیه و اجزای جانبی آنها جای گرفته است. پس چنین استنباط می‌شود که فرو بردن مواد و عناصر گوناگون از راه دهان به تقسیم متساوی آن در بدن، منتهی نمی‌گردد. در حالی که اگر از راه پوست جذب شود، وضع برخلاف آن است و این خود مزیت طب ظاهری و درمان از طریق پوست را به خوبی آشکار می‌دارد.

آیا می‌دانید اجساد فراعنهٔ باستانی مصر را برای آنکه گذشت زمان آنها را تباه و گندیده نسازد، بر چه منوال مومیایی می‌کرده‌اند؟ آنان دستورهای طب ظاهری را که ما می‌پنداریم پیش از همه بدان دست یافته‌ایم، به کار می‌برده‌اند. مومیایی کنندگان نخست اجساد را در حوض‌های بزرگی پر از محلول طبیعی کربنات دو سود شستشو می‌داده‌اند، پس راز حفظ پیکرهای مومیایی شده از فساد و تباهی آن بوده که از طریق پوست مواد لازم را به داخل جسم می‌رسانده و با تناسب و دقت هر چه تمام‌تر بین سلول‌ها قسمت می‌کرده‌اند. نباید فراموش کرد که پوست حتی پس از مرگ زنده می‌ماند و سلول‌های آن تا چند روز بعد از مردن همچنان افزایش می‌یابد. ذکر اعمال مصریان هنرمند در مومیایی فراعنهٔ باستان مرا به یاد یکی از آزمایش‌های شگفت‌آوری که دانشمند روسی «اولگا لیبشینسکایا» بدان مبادرت جُست می‌اندازد.

پس از آن آزمایش چنان گفته شد که از مهمترین وسایل بازگرداندن جوانی به پیکر آدمی، استعمال بیکربنات دو سود است. از این رو اعلام گردید که می‌توان طبق برنامهٔ معین و روش مخصوص با به کار بردن محلولی خاص که قسمت عمدهٔ آن را بیکربنات دوسود تشکیل می‌دهد، فعالیت‌های شیمیایی سلول‌ها را بهتر ساخت و جوانی آنها را بازگردانید.

استعمال بیکربنات دوسود سوخت و ساز عمومی سلول‌ها و فعالیت دستگاه حیاتی موجود زنده را بهبود می‌بخشد؛ اما تا پوست قادر به جذب مقدار فراوانی از مادهٔ مذکور نباشد، درمان فوق صورت پذیر نخواهد بود.

لابد بارها شنیده‌اید که شخصی را ماری گزیده و او فوراً جان داده است؟ حال چه

می‌گویید اگر بشنوید ماری که معمولاً زهر کُشنده و دندانی مرگبار دارد، شخصی راگزیده است و خود در جا سرد شده است. نکتهٔ مهم در این امر مربوط به پوست آن مرد می‌باشد. چه مرد مزبور کارگر کارگاهی بوده که همواره در آن سیانی دوسدیم که زهری کشنده است، مورد استعمال قرار می‌گرفته. پوست مرد مزبور به تدریج مادهٔ فوق را جذب می‌کرده و در سلول‌های پیکر کارگر متساویاً پراکنده می‌ساخته است تا آنجا که سلول‌ها از مادهٔ مزبور اشباع شده و باعث قتل مار گردیده است. بنابراین اگر زهری از راه پوست آهسته آهسته مورد استعمال قرار گیرد کُشنده نخواهد بود. در حالی که اگر مقدار بسیار اندکی از همان زهر از راهی دیگر وارد بدن شود، فوراً آدمی را رهسپار دیار نیستی خواهد ساخت.

پیری روانی

پیری از نظر روان‌شناسی

در این مبحث راجع به برخی حالات روانی که به طور طبیعی در اثر افزایش سن در افراد سالمند بروز می‌کند، صحبت می‌کنیم و بنابراین از خصوصیات مرضی روان‌شناسی پیری که بر اثر عواملی از قبیل آتروفی نسج مغز، تصلّب شرایین مغز، مسمومیت‌ها، اعتیادها، عوامل عفونی (مانند سیفیلیس) و علل ضربه‌ای پیدا می‌شوند، سخنی نمی‌گوییم.

به طور کلی آدمی سه نوع سن دارد:

۱ـ سن قانونی (یا سن زمانی) که از روی تقویم و تاریخ و شناسنامه معلوم می‌شود.

۲ـ سن بدنی (یا حسی) که بر مبنای تحولات فیزیکی در موجود زنده تعیین می‌شود و غالباً با سن زمانی و قانونی نمی‌خواند؛ یعنی یا کمتر است یا بیشتر.

۳ـ سن روانی (یا روحی) که مطابق آن احساسات و عواطف و هیجان‌های شخصی رشد کرده است.

معمولاً جنبه‌های روانی پیری بیش از جنبه‌های جسمانی در احساسی که از افزایش سن داریم دخالت دارد. تجربه نشان داده که تغییرات فیزیکی مغز در بسیاری از موارد علی‌رغم تأثیر متقابل و مسلمی که روح و جسم به یکدیگر دارند، بدون بروز علائم روانی مشاهده می‌شود و این مسئله نشان می‌دهد که تغییرات ارگانیک تنها عامل مُؤثّر در خصوصیات روانی پیری نبوده بلکه موارد پیسکولوژیک را نیز باید در نظر داشت.

تغییرات روحی مشخصی که بر اثر ازدیاد سن بروز می‌کند عبارت‌اند از:

کاهش نیروهای روانی نظیر حافظه، هوش، دقت، ارتباط و همبستگی افکار (تداعی معانی) استدلال و غیره. مشخص‌ترین تغییر روانی ناشی از افزایش سن، ضعف حافظه و

اختلال در حافظه است.

حافظهٔ نزدیک بیشتر دستخوش اختلال می‌شود و بدین ترتیب حالت مشخصی را که ما اغلب در سالمندان مشاهده می‌کنیم پدید می‌آورد. بدین صورت که این افراد غالباً یک مطلب را به طور مکرر بیان می‌کنند. چون به خاطر نمی‌آورند که چند لحظه قبل آن را گفته‌اند. بر اثر همین عارضه ممکن است که این افراد در خاطرات زندگی جوانی توقف کنند. زیرا که خاطرات این مرحله برای آنها روشن‌تر است و بدین سبب آنها را با شرح و بسط زیادی که در پاره‌ای از موارد برای مستمعین کسالت‌آور می‌شود، بیان می‌کنند. به تدریج با افزایش سن حافظهٔ دور نیز ممکن است ضعیف شود.

یکی دیگر از مظاهر این عارضه اختلال در تعیین موقعیت و جهت‌یابی است. زیرا این افراد دیده و شنیده‌ها را به زودی فراموش می‌کنند. بسیار شنیده‌ایم که یک فرد پیر فراموش نموده که اشیای متعلق به خود را کجا گذاشته و روی این اصل دیگران را متهم به دزدی می‌کند.

فراموشی حتی ممکن است احساس مالکیت را نیز در این افراد از بین ببرد و گمان کنند که دیگران آنها را از جای خود حرکت می‌دهند.

افرادی نیز هستند که به طور عادی تغییراتی از لحاظ کیفی و کمّی در قوای روحی تا دهۀ نهم و دهم زندگیشان و نیز نقصانی در قوای روانی و فکری آنها آشکار نشده است. چنانچه «گوته» نویسندۀ آلمانی در ۸۳ سالگی جان سپرد و یک سال پیش از مرگش قسمت دوم (فاوست) را به پایان رساند. «ویکتور هوگو» در ۸۲ سالگی در عین شادابی و فعالیت بر اثر یک بیماری ناگهانی وفات یافت. «ایبسن» نویسندۀ نروژی در ۷۸ سالگی مرد، در حالی که فعالیت‌های ادبی و عشق‌های وی تا آخرین لحظات عمرش ادامه داشته است. «وردی» آهنگساز معروف ایتالیایی که مهمترین سازندۀ اُپرا در قرن نوزدهم بود، شاهکارهای خود (اتللو) و (فرمالتاف) را در سنین ۷۳ و ۸۰ نوشت.

دانشمندان انگلیسی طی مطالعات و بررسی‌های خود نشان داده‌اند که پس از قضات، حد متوسط طول عمر رهبران ارکستر بیش از سایر طبقات است که شاید علت آن را بتوان در فعالیت و ورزش (به صورت حرکات مختلف در حال رهبری ارکستر)، زندگی توأم

با آرامش خاطر، نظم و انضباط و لذت از کار جستجو کرد. از جمله «توسکانیسنی»، «والتر» و «فومتر» که در نیمهٔ اول قرن بیستم شهرت و محبوبیت جهانی یافتند، در سنین ۸۰ سالگی به بالا نیز هنوز قوای روحی و فکری خود را حفظ کرده بودند و یا «بولت کلمپرر» و «اسکتووسکی» که در سنین بین ۸۵ و ۹۰ هنوز به رهبری ادامه می‌دهند و همین طور «آرتور روبنشتاین» پیانیست معروف در ۸۲ سالگی هنوز انرژی یک جوان ۳۰ ساله را دارد و یکی از سرزنده‌ترین افراد دنیاست.

این نمونه‌ها به خوبی نشان می‌دهند که سن ۸۰ و ۹۰ سالگی، به هیچ وجه روح انسان را از فعالیت و جسم او را، از کار و کوشش باز نمی‌دارد.

همچنان که «جرج برنارد شاو» نویسندهٔ شوخ طبع ایرلندی که خود از کهنسالان نام‌آور است در این باره چنین گفته است: «آرزو دارم که تا آخرین رمق وجود من ثمری ببخشد و روزی که می‌میرم، زمانی باشد که از من هیچ خدمتی ساخته نباشد. هر چه بیشتر کار می‌کنم از زندگی بیشتر لذت می‌برم. برای من زندگی یک چراغ کم روغن بی‌اهمیتی نیست که به زودی خاموش شود. من زندگی را مثل یک مشعل پر نور و درخشنده‌ای می‌دانم که فعلاً نگهداری آن را به من سپرده‌اند. من می‌خواهم هر چه ممکن باشد، روغن این چراغ را زیادتر نموده و آن را نورانی‌تر از پیش به نسل‌های آینده تسلیم نمایم....»

طبق نظریهٔ بسیاری از دانشمندان، کسانی که در زندگی رفتار خشک و خشنی داشته‌اند، بیشتر در معرض عوارض روانی سالخوردگی هستند. ولی افرادی که در طول زندگی بشاش و امیدوار بوده، تماس خود را با محیط خارج به بهترین وجهی برقرار کرده‌اند، بیش از دیگران عمر نموده و همچنین از عوارض روانی پیری برکنار هستند.

«سیسرون» می‌گوید: «همان طور که در جوانان عقل پیری را می‌ستاییم، در پیری نیز چاشنی جوانی را ستایش می‌کنیم. کسی که جوانی و پیری را در هم می‌آمیزد، از لحاظ جسم پیر می‌شود ولی غبار زمان به روح او نمی‌نشیند.»

بر اثر نیروی عضلانی و یا مهارت‌های جسمانی نیست که فضائل بزرگ به دست می‌آید بلکه کسب این بزرگی‌ها بیش از همه به قدرت اندیشه و شخصیت و قضاوت

احتیاج دارد که در پیران به حد کمال وجود دارد. به هر حال مقایسهٔ گروه‌های سنی بیش از مقایسهٔ فرد به فرد سالخوردگان می‌تواند ما را به چگونگی تغیرات نیروهای روحی و فکری راهنمایی کند، گرچه هنوز هیچ معیار و ملاکی برای تعیین هوش طبیعی در افراد سالمند در دست نداریم.

یکی دیگر از خصوصیات روانی سالمندان محدود شدن علائق و امتناع از قبول عقاید جدید است که آنان را به صورت افرادی محافظه کار در می‌آورد. این گونه افراد وقتی با مسائلی که به تجربیات گذشتهٔ آنها وابستگی دارد برخورد می‌کنند، خود را نیرومند احساس کرده و به خوبی از عهدهٔ حل آن برمی‌آیند اما همین که با مسئلهٔ تازه‌ای رو به رو می‌شوند که به تعقل نیاز دارد، در تجزیه و تحلیل آن احساس ناتوانی می‌کنند. به طور کلی سالمندان در مسائلی مانند تشخیص لغات و مسائل واقعی و عینی است که عجز نشان می‌دهند.

از سایر علائم روان‌شناسی طبیعی پیری می‌توان توقع احترام زیاد، عصبانیت‌های بی‌مورد و کم شدن قدرت تحمل را نام برد. برخی از این تغییرات مطابق عقیدهٔ فروید از نوع بازگشتی است (یعنی رجعت به دوران کودکی) که البته بستگی با گذشتهٔ فرد دارد. به این صورت که اگر در گذشتهٔ فردی این حالات روحی وجود نداشته باشد، احتمال بروز آن در سنین پیری کمتر خواهد بود و بنابراین ما این علائم را در این گونه افراد مشاهده نمی‌کنیم.

از دیگر تحولاتی که در این دوران به وقوع می‌پیوندند، پیدایش حالت بدبینی است. گاه به طور موقتی بر اثر ناکامی‌های روزمره پیدا می‌شود و گاه نیز بر اثر اعتقاد به این اصل که هستی جز خواب و خیال نیست بروز می‌کند. در علت شناسی این حالت منفی، دانشمندان سه عامل را مهم‌تر از بقیه شناخته‌اند که عبارت‌اند از:

کاهش نیروهای جسمانی، ترس از مرگ و از دست دادن شغل (بازنشستگی). برای این گونه افراد بسیار مشکل است که بپذیرند پیشرفتی در سلامت جسمانی آنها حاصل شده است. حتی اگر دیگران در قبولاندن این موضوع اصرار بورزند، باز آنان در پذیرفتنش تردید دارند؛ زیرا این افراد کم و بیش شوق و حرارت زندگی را از کف داده‌اند.

ولی این نوع بدبینی را نباید با نیهیلیسم که اعتقاد به پوچی و انکار هستی و نفی وجود است یکی دانست؛ زیرا که حالت دوم یکی از حالات مرضی روان‌شناسی پیری است.

با این حال بسیاری از سالمندان دورهٔ پیری را آن چنانکه هست و باید باشد می‌بینند و از آن لذت می‌برند؛ چنانکه، وقتی که در آستانهٔ هشتاد سالگی از «ژولین نبدا» نویسنده و فیلسوف فرانسوی پرسیدند که آیا از گذشتن جوانی تأسّف نمی‌خوری؟ گفت: «نه، جوانی چشمش بهتر می‌بیند، اما چیزی نگاه نمی‌کند» اینها همه زاییدهٔ فکر کسانی است که حقیقت و فلسفهٔ زندگی را به درستی شناخته و دوران پیری را که مکمل آن حقیقت است بدان گونه که باید به خدمت گرفته‌اند.

بخش چهارم ـ حرف ت

تب

چرا بچهٔ من این قدر تب می‌کند؟

از روزی که دنیای پزشکی با آنتی بیوتیک‌ها آشنا شد، قیافهٔ بیماری‌های تب‌خیز و عفونی عوض شد. بدین معنی که سابق بر این حتی برای درمان یک پنومونی ساده اسلحهٔ دارویی کافی و مفید در دسترس نبود و پزشک مجبور بود به لطائف‌الحیل متوسل شود. گاهی قدرت دفاعی بدن را زیاد و بدن را برای دفاع بهتر آماده سازد و در این جنگ و ستیز گاهی بدن و زمانی میکروب‌ها برنده بودند و اغلب اتفاق می‌افتاد که یک بیماری تب خیز ساده به قیمت جان کودک تمام می‌شد. ولی از زمان کشف پنی‌سیلین راه درمان و مقابلهٔ با بیماری‌های عفونی به کلی عوض شد. بدین معنی که اول بار پنی‌سیلین و پس از آن به تدریج سایر آنتی‌بیوتیک‌ها کشف شدند و در دسترس پزشکان قرار گرفتند تا در مواقع لزوم مورد استفاده واقع شوند و الحق باید گفت امروزه دیگر پزشک از بیماری‌های میکروبی و واگیر ترس ندارد و تقریباً در اغلب موارد به خوبی و با کمال اطمینان خاطر می‌تواند بیمار خود را با تجویز مقدار لازم آنتی‌بیوتیک سلامت بخشد.

با همهٔ این احوال دیده می‌شود که کودکی مدت‌ها با بیماری تب‌خیز دست به‌گریبان است و یا در دوران کودکی هر چند صباح یک بار به تب و بیماری عفونی مخصوص گرفتار می‌شود که یا به وسیلهٔ آنتی‌بیوتیک رو به بهبود نمی‌رود و یا اگر هم بهبود یابد دوباره پس از چندی تب و عارضهٔ عفونی‌اش عود می‌کند و او را آزار می‌دهد.

علت چیست؟

برای اینکه به علت اصلی این گونه تب‌های ممتد و آزاررسان پی‌ببریم باید قدری در شناسایی وسایل دفاعی بدن بکوشیم.

همه می‌دانیم وسیلهٔ مهم و پرارزش دفاعی بدن آدمی، گویچه‌های سفید خون است که هنگام احتیاج علاوه بر اینکه بر تعداد خود می‌افزایند و به طرف میکروب موجود در

بدن یا زخم حمله می‌برند، ضد سم مخصوص نیز ترشح می‌کنند که سبب بی‌حرکتی و احیاناً قتل میکروب‌ها می‌شود. ولی تنهاگویچه‌های سفید نگاهبان بدن نیستند؛ بلکه در خون آدمی مواد مخصوص دیگری به نام گلبولین موجود است که برای دفاع در مقابل میکروب‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در سرم خون آدمی دو مادهٔ مخصوص به نام آلبومین و گلبولین موجود است. گلبولین‌ها انواع مختلف دارند و یک قسم مخصوص آنکه به نام گاما گلبولین مشهور است، مأمور دفاع در مقابل میکروب‌ها و ویروس‌های خارجی است. گاما گلبولین از کجا می‌آید؟

سلول‌های مخصوص نسوج رتیکولواندوتلیال که در نقاط مختلف بدن آدمی مثل کبد و مغز استخوان‌ها و غدد لنفاوی موجودند، مأمور ترشح گاما گلبولین هستند که در موارد عادی نوع مخصوص از گاما گلبولین را می‌سازند و وارد خون می‌کنند و در عین حال هنگام لزوم از انواع مختلف آن بیشتر ترشح می‌کنند. گاما گلبولین یک نوع پروتئین با وزن مخصوص زیاد است که تا حال دو نوع مخصوص آن را در خون یافته‌اند. یکی گاما گلبولین S ۷ که مأمور دفاع در مقابل ویروس‌هاست و دیگری گاما گلبولین S ۱۹ که مولکول درشت‌تر دارد و مأمور دفاع در مقابل میکروب‌ها و باکتری‌هاست. وجود این هر دو برای دفاع بدن در مقابل عوامل خارجی نهایت لزوم را دارد به قسمی که کسر آنها سبب کم‌شدن قدرت دفاعی بدن می‌شود و این دسته از کودکان هر چند صباح یک بار با ورود یک دسته و یک نوع میکروب گرفتار عفونت جدید و ناراحتی می‌شوند که خیلی دیر بهبود می‌یابند.

کسر ترشح گلبولین توسط سلول‌های رتیکولواندوتلیال بیماری ارثی است که ممکن است در عده‌ای از پسران فامیل پیدا شود و سبب کاهش دفاع آنها در مقابل بیماری‌ها گردد. به همین دلیل است که این دسته از کودکان از همان اولین روز تولد گرفتار بیماری‌های تب‌خیز می‌شوند و زخم‌های بدنشان خیلی دیر جوش می‌خورد و حتی واکسن آبله نیز بر دست آنها به زخم بزرگی تبدیل می‌شود و همان طور که ذکر شد مایهٔ شکایت مادر می‌شود که بچه‌ام بی‌دلیل مرتباً تب می‌کند.

باید دانست گلبولین‌های سرم خون از نوع α_1 و α_2 و β_1 و β_2 و گاما هستند و معمولاً

گاماگلبولین ده درصد از کلیه را تشکیل می‌دهد. اگر میزان آن کمتر از این مقدار باشد، کودک را باید مبتلا به بیماری آگاماگلبولین دانست و طبق دستور پزشک درمان کرد. به خصوص هنگام تزریق واکسن و یا تلقیح آبله مراقب بود که عوارض ناراحت‌کننده ظاهر نشود.

در خون نوزاد هنگام تولد، گاماگلبولین S ۷ به اندازهٔ کافی برای دفاع موجود است، چرا که از راه خون مادر و جفت به بدن او منتقل شده است ولی گاماگلبولین S ۱۹ که مولکول درشت‌تری دارد و از راه جفت نمی‌تواند به بدن نوزاد وارد شود، باید در بدن خودش ساخته شود و به همین دلیل است که نوزادان در ماه اول تولد قدرت دفاع در مقابل ویروس‌ها را دارند ولی برای دفاع از خود در برابر باکتری‌ها عاجزند.

چه درمانی برای این دسته از کودکان پیشنهاد شده است؟

کودکانی که گرفتار کسر گاماگلبولین هستند، اغلب بی‌دلیل تب می‌کنند و به تدریج علیل و ناتوان می‌شوند و مادر از پذیرایی و پرستاری آنان عاجز می‌شود. آنتی‌بیوتیک‌ها نیز روی درمان آنها اثر کمتری دارد و به هر حال به کودک تب‌خیز مشهورند.

علاج اصلی تزریق مقدار لازم گاماگلبولین است که کسر آن را جبران کند. چون همان طور که ذکر شد، نسج رتیکولواندوتلیال آنها از ساختن گاماگلبولین عاجز است، باید لااقل هر ماه یک بار با تجویز پزشک مقدار لازم گاماگلبولین را به آنها تزریق کرد تا از ابتلا به اغلب عفونت‌ها جلوگیری به عمل آید. به خصوص هنگام بروز بیماری عفونی و میکروبی علاوه بر تجویز آنتی‌بیوتیک از مصرف گاماگلبولین نیز غلفت نورزید.

تبخال

نازیبا، ناراحت‌کننده، مُسری

تبخال که در بعضی‌ها بیشتر بروز می‌کند، یک بیماری زشت است که در هر سال در دو فصل زمستان و تابستان بروز می‌کند. بیشتر سرما و تابش آفتاب موجب بروز تبخال بر چهره می‌شود.

متخصصان ایمنی‌شناسی معتقدند که ویروس تبخال در مواقعی که نیروی دفاعی بدن کاهش می‌یابد فعال شده و موجب بروز تبخال می‌شود، اما متخصصین پوست می‌گویند که ضعف نیروی دفاعی بر قدرت ویروس‌های تبخال می‌افزاید. در ورزش‌های زمستانی که اشعهٔ اولتراویوله بیشتر بر صورت می‌تابد و در تابستان با تابش مستقیم آفتاب بیماری تبخال بیشتر بروز می‌کند. باید اضافه شود که بروز تبخال بر چهره آن چنان خطرناک نیست که عوامل روحی و پسیکولوژی شخص را ناراحت می‌کند. در این قسمت تبخال و چگونگی بروز و علل آن و طُرُق درمانش را بیان می‌نماییم.

تبخال بیماری عفونی است که مربوط به نوعی ویروس و مختص به انسان است.

در ۱۹۱۳ مشاهده نمودند که تلقیح ترشحات تبخال قرنیهٔ انسان به قرنیهٔ خرگوش تولید کراتیت می‌نماید. چندی بعد «لوادیتی» و «ختینگ» و «دورار» در خرگوش مبتلا به کراتیت تبخالی بعد از هشت روز علائم آنسفالیت مشاهده کردند. تجربه نشان داده که تورم قرنیه و آنسفالیت تبخالی از حیوانی به حیوان دیگر قابل انتقال است. اگر ویروس را در بیضهٔ خرگوش تزریق نمایند اورکیت و آنسفالیت تولید می‌نماید و حیوان تلف می‌شود. اگر حیوان از ضایعاتی که ویروس تبخال تولید می‌نماید شفا یابد برای همیشه ایمن می‌گردد و تلقیح مجدد ویروس در آن بی‌اثر است.

در انسان تبخال تجربه‌ای دارای مشخصات زیر است:

۱ـ از راه اسکارفیکاسیون (نیشترزدن) می‌توان تبخال ایجاد کرد.

۲ـ در اثر تزریق ویروس تبخال دفاع داخلی در بدن ایجاد می‌شود و ۵ تا ۷ مرتبه می‌توان آن را تکرار کرد.

۳ـ اطفال و بالغین به نسبت ۸۰ـ۹۰ درصد حساس هستند، حساسیت پیران در مقابل ویروس کمتر است.

۴ـ بعضی امراض مانند ذات‌الریه و مننژیت (سرسام) به فعالیت ویروس کمک می‌کند و برعکس بیماری‌های بثوری مانع بروز است.

۵ـ در انسان تولید مصونیت نمی‌کند، از این رو در بعضی چندین مرتبه ظاهر می‌گردد. آنسفالیت تبخالی در انسان نادر است.

ویروس تبخال ـ ویروس در مایع وزیکول (تاول کوچک) و بزاق مبتلایان وجود دارد. بعد از تشکیل کبره در ترشحات وزیکول ویروس دیده نمی‌شود.

علائم تبخال

بثورات معرف و مشخصهٔ بیماری است. قبل از بروز بثورات در محلی که وزیکول تشکیل می‌شود بیمار حس گزگز و سوزش و خارش و درد می‌نماید. سپس منطقهٔ پُر خون هویدا می‌گردد که در روی آن تاول‌هایی به طور دسته‌جمعی بیرون می‌زند. در ابتدا ترشح داخل وزیکول روشن است و بعد کدر می‌شود. وزیکول بعد از ۴ تا ۵ روز می‌ترکد و کبره می‌شود. کبره هشت روز تا ده روز بعد می‌افتد و اثری باقی نمی‌گذارد. غدد مربوطه گاهی متورم و دردناک است. در موقع بروز وزیکول‌ها گاهی مختصر تب وجود دارد.

در مایع نخاع مخصوصاً وقتی که درد شدید باشد مقدار آلبومین و تعداد سلول‌ها کمی بالاست. ممکن است تبخال در مخاط دهان و بینی و آلت تناسلی دیده شود.

در دهان وزیکول زودتر می‌ترکد و زخم سطحی تشکیل می‌شود. زخم از قشر سفیدی مستور شده و دور آن دندانه‌دار است. وزیکول در لب و سق و دهان دیده می‌شود. در لوزه‌ها تولید آنژین تبخالی می‌نماید.

محل تبخال در آلت تناسلی مرد شیار گلاند و بالانوپرپویتال و مجرای ادرار است. در زن بیشتر در لبان بزرگ و کوچک فرج و کلیتوریس دیده می‌شود که سوزش و ورم دارد. گاهی تبخال تناسلی همراه با درد ناحیهٔ اوروژینتال است. انتشار درد به طرف مثانه و

عصب سیاتیک و ستون فقرات است.

تبخال عود کننده مرتب و در مواقع معین ظاهر می‌شود. مثلاً در موقع قاعدگی و یا بعد از مقاربت.

تبخال انگشت اگر تکرار شود باعث آتروفی عضلات آن می‌گردد.

تشخیص - با زونا و شانکر قابل اشتباه است.

زونا یک طرفی است و بثورات در مسیر عصب ظاهر می‌شود و بعد از افتادن کبره اثری می‌گذارد. زونا عود نمی‌کند و مصونیت می‌دهد.

ضایعات تبخال در آلات تناسلی مضرسی شکل است. درد دارد و غدد مربوطه زیاد متورم نیست. در صورتی که محیط شانکرِ سیفیلیس کاملاً معین و قاعدهٔ آن سفت و غدد مربوط متورم هستند.

درمان - تبخال درمان خاصی ندارد. از استعمال مواد ضدعفونی شدید و مرهم خودداری شود. مالیدن مرکورکرم کافی است.

در تبخال درسیدبوران، اتوهموتراپی (تزریق خون خود شخص) و اتوسروتراپی (تزریق سرم خون شخص) و یا تزریق هیپوسولفیت دو سدیم در ورید مفید می‌باشد.

اخیراً درمان‌های کورتونی بسیار مُؤثّر است.

تب مالت

تب مالت مرضی است عفونی و مُسری مشترک بین انسان و حیوان (بز، گاو، خوک و غیره). این بیماری به علت دخول میکروب‌های مختلف از تیرهٔ بروسلا در بدن تولید می‌شود. در سال ۱۸۶۳ برای اولین مرتبه «مارستون» در جزیرهٔ مالت بیماری را مطالعه نموده و آن را تب مدیترانه نامید.

مشخصات بیماری

عفونت عمومی که شروع آن تدریجی است و کم‌کم علائم آن در بیمار ظهور می‌کند. تب نامنظم است و مدتی طول می‌کشد. عرق فراوان و لرزهایی در بیمار بروز می‌کند که غالباً توأم با دردهای عضلات و مفاصل است. معمولاً تشخیص بیماری به وسیلهٔ آزمایش اگلوتیناسیون و آزمایش‌های پوستی و تجسس میکروب در خون و بافت‌های بدن بیمار انجام می‌گیرد. تب بیمار پس از مدتی به تدریج پایین می‌آید تا حرارت بیمار طبیعی بشود. به علل نامنظمی تب و حالت عمومی بیمار تشخیص بعضی اشکال بیماری چندین سال طول می‌کشد.

منبع و سرچشمهٔ بیماری

بافت‌ها، خون، شیر، فراورده‌های شیر و ادرار حیوانات مبتلا مخصوصاً بزها و گاوها و خوک‌ها عامل بیماری است. بعضی اوقات نیز دیده شده که شخص از طریق آزمایشگاه مبتلا شده است.

سرایت بیماری

به وسیلهٔ خوردن شیر خام و فراورده‌های آن که از حیوانات مبتلا گرفته شده باشد و یا تماس مستقیم با حیوان و یا محصولاتی که از حیوانات مبتلا تهیه شده باشد، شخص

مبتلا می‌گردد. عفونت ممکن است از راه پوست و یا مخاط یا خوردن غذاهایی که از حیوانات بیمار درست شده باشد، سرایت کند.

دوران نهفتگی بیماری

خیلی محقق نیست زیرا علامت مشخص بیماری واضح نیست. ۶ الی ۳۰ روز یا بیشتر. اما معمولاً ۱۴ روز است.

دوران واگیری

هنوز ثابت نشده که از انسان به انسان سرایت نماید. میکروب بیماری در ادرار و ترشحات دیگر بدن مدت‌ها وجود دارد.

حساسیت و مقاومت در برابر بیماری

حساسیت در برابر بیماری، عمومی نیست. بعضی اشخاص مقاومت جزئی دارند و ممکن است با خوردن مقدار کمی دارو مصونیت جزئی پیدا کنند. مصونیت نیز نامعین است.

الف ـ طریق پیشگیری

● پاستوریزه کردن شیرهای گاو و بز، مخصوصاً جوشاندن شیرها طریقهٔ بسیار عملی و خوب است.

● بایستی بین حیوانات با وسایل آزمایشگاهی ناخوشی را پیدا کرد و سپس آنها را یا بکُشند و یا از دیگران جدا کنند.

● تعلیم و تربیت کارکنان کشتارگاه و قصابی‌ها و به طور خلاصه اشخاصی که با حیوانات سر و کار دارند و به گوشت و شیر و فراورده‌های آن دست می‌زنند.

● تلقیح واکسن به گوساله‌ها برای جلوگیری از بیماری.

● خودداری اشخاص از دست زدن به ترشحات و چیزهایی که در موقع سقط حیوانات از آن خارج می‌شود و ضدعفونی کردن ناحیه‌ای که در معرض بیماری بوده است.

● بازرسی گوشت مخصوصاً گوشت خوک و فراورده‌هایی از قبیل کنسرو و غیره.

ب ـ مواظبت بیماران، محیط و اشیای آلوده.

ج ـ طریق جلوگیری از اپیدمی ـ همان است که در قسمت الف و ب نوشته شده است.

د ـ جلوگیری برای آنکه بیماری بین‌المللی نگردد، عبارت است از جلوگیری از تجارت حیوانات فوق و فراورده‌های آنها از شهری به شهر دیگر.

فراورده‌های شیر بیش از خود شیر مصرف می‌شوند و این اغذیه در صورت پاستوریزه‌نشدن کاملاً خطرناک هستند.

در مراکز شیری ایران سرشیر را از شیر نجوشیده و فراورده‌های دیگر را از شیر جوشیده تهیه می‌کنند. اگر این عادت ناپسند ترک شود، کلیهٔ فراورده‌های شیری را با شیر پاستوریزه یا جوشیده تهیه کنند، محققاً مقدار زیادی از این بیماری از بین خواهد رفت.

در مرکز شیرفروشی و تهیهٔ فراورده‌های شیری کافی است که کلیهٔ شیرها را بجوشانند و شیرهای پاستوریزه را برای مصرف خوردن اختصاص دهند.

تیروئید عامل اصلی چاقی

غدهٔ تیروئید بی‌شک یک عامل اصلی جمع شدن چربی در بدن است و یکی از غدد باارزش ساختمان بدن آدمی است. این غده با ترشحات داخلی خود نقش بسیار مهم در جلوگیری از چاقی بدن دارد؛ گرچه هنوز بسیاری از اثرات هورمونی این غده آن طور که باید و شاید شناخته نشده است، اما امروزه به خوبی ثابت شده است که غدهٔ تیروئید با ترشحات خود در تقویت و تنظیم وضع اعصاب بدن نقش اساسی داشته و در تنظیم متابولیسم یا سوخت و ساز بدن ضروری است و از رسوب چربی در عضلات و اعضای بدن جلوگیری می‌نماید.

غدهٔ تیروئید در جلو و قسمت فوقانی قصبة‌الریه به شکل سپری قرار گرفته و دارای دو لوب طرفی است که به وسیلهٔ قسمت باریکی به نام تنگه با یکدیگر مربوط هستند. وزن این غده در حدود ۳۰ گرم است. غدهٔ تیروئید از اطراف به وسیلهٔ کپسول همبندی با رشته‌های کلاژن (همبند) و ارتجاعی بیش از حد معمول احاطه شده است. در درون هر لوب قسمت‌هایی به نام فولیکول‌ها یا وزیکول‌های تیروئید قرار دارد. غدهٔ تیروئید تنها غدهٔ مترشحهٔ داخلی است که علاوه بر ترشح هورمون به درون خون مقداری هورمون نیز در خود ذخیره می‌نماید که به صورت کولوئید در داخل حفرهٔ فولیکول‌ها گردآوری می‌شود.

فعالیت هورمون‌سازی تیروئید

۱ـ در مرحلهٔ هورمون‌سازی، سلول‌های جدار فولیکول‌های تیروئید، ید را از خون گرفته پس از اکسیده نمودن به صورت یدین در می‌آورند. سپس این ماده را به طرز پیچیده‌ای با اسید آمینهٔ تیروزین ترکیب نموده سرانجام هورمون‌های تیروئید را که بعضی فعال و عده‌ای غیرفعال‌اند به وجود می‌آورند.

۲ـ اثر مهم هورمون تیروئید بر روی متابولیسم انساج است و فعالیت آن را افزایش می‌دهد؛ لذا تولید حرارت و نیرو با فعالیت غدهٔ تیروئید رابطهٔ مستقیم دارد.

۳ـ هورمون تیروئید بر روی رشد و نمو طبیعی بدن به ویژه استخوان‌ها و مغز مُؤثّر است، به طوری که کمبود آن باعث اختلال مشاعر بوده و در کودکان ایجاد بیماری کوتوله‌ها (کرتی‌نیسم Cretinism) می‌شود و در بالغین بیماری میکسدم به وجود می‌آورد. برعکس زیادی هورمون تیروئید موجب اگزوفتالمی (بیرون‌زدگی غیرطبیعی چشم) خواهد شد.

۴ـ هورمون تیروئید در عمل جذب مواد از روده‌ها دخالت می‌نماید.

۵ـ هورمون تیروئید در متابولیسم یا سوخت مواد قندی و نشاسته‌ای مُؤثّر است.

۶ـ هورمون تیروئید تعداد ضربان قلب را افزایش می‌دهد.

۷ـ هورمون تیروئید به وسیلهٔ هورمون محرک تیروئید TSH (تیروئید استیمولیتینک هورمون) که از هیپوفیز قدامی تراوش می‌شود، تنظیم می‌گردد.

۸ـ یدی که در تیروئید به هورمون تبدیل شده است، پس از ورود در خون به صورت هورمون به پروتئین‌های خونی بسته است و لذا به نام ید بسته به پروتئین موسوم می‌باشد. مقدار هورمون تیروئید در خون در حال طبیعی ۳/۵ تا ۷/۵ گاما درصد سانتی‌متر مکعب سرم است.

۹ـ یک پنجم غدهٔ تیروئید اگر منظم کار کند برای ادامهٔ حیات آدمی کفایت می‌کند.

۱۰ـ فعالیت منظم غدهٔ تیروئید از جمع شدن چربی در بدن و چاقی جلوگیری می‌کند.

تپش قلب

تپش قلب که به صورت‌های گوناگونی دیده می‌شود، خود به خود یک بیماری نیست، بلکه نشانه‌ای گویا از بیماری‌های مختلف است.

تپش قلب گاهی به صورت تاکی‌کاردی (زیاد زدن ضربان قلب) و گاه به صورت آریتمی (نامنظم بودن ضربان قلب) دیده می‌شود. در آریتمی بیمار حس می‌کند که قلبش ۲ دفعه می‌تپد، بعد مکث می‌کند، یا یک دفعه به طور قوی می‌زند و پس از یک مکث چند دفعه ضربان پی در پی دارد. این گونه ضربان قلب را آریتمی یا نامنظمی می‌نامند.

در هر حال تپش قلب به هر صورت، معمولاً پس از تحریک عصبی، هیجان و شوک عصبی، یا بی‌خوابی و خستگی متوالی و نیز در دوران ناراحتی‌های روده‌ای چون کولیت و عوارض معدی، چون گاستریت و زخم معده دیده می‌شود. گاهی اوقات در دوران بارداری تپش قلب دیده می‌شود. در دوران بیماری‌های عفونی و تب‌دار نیز تپش قلب بروز می‌کند.

در بیماری‌های آلرژیک یا حساسیت هم تپش قلب دیده می‌شود. بالأخره در جریان اندوهی مزمن و دائمی عارض می‌شود. تپش قلب به هر علت که باشد، رعایت دستورهای زیر در رفع و درمان آن مُؤثّر است:

۱ـ استراحت کامل، بیمار باید در نقطه‌ای دور از سر و صدا به استراحت بپردازد و از عوامل ناراحت کننده و تحریک‌آمیز پرهیز نماید.

۲ـ خواب راحت، چنانچه بیمار به خوبی نمی‌خوابد، باید از خواب‌آورهای بی‌ضرر استفاده نماید.

۳ـ وضع غذا، چون ممکن است تپش قلب به علت ناراحتی‌های معده یا روده‌ها باشد، بد نیست بیمار توجه بیشتری به وضع غذاهای خود بنماید. مصرف آش، آبگوشت،

سوپ، چربی، مواد سرخ شده، سبزی خام و میوهٔ خام برای این بیماران مضر است.
۴ـ مصرف داروهای آرامش بخش در رفع بیماری و تپش قلب بسیار مؤثّر است.

تاکی‌کاردی

تاکی کاردی (زیاد زدن قلب) یکی از فراوان‌ترین عوارض و ناراحتی‌های قلبی است.

علت تاکی‌کاردی یا تپش زیاد قلب

۱ـ علل فیزیولوژیکی ـ مانند کودکی، کهولت سن، قاعدگی، آبستنی، دوران یائسگی، حرکت زیاد، ورزش بدنی، دویدن، بالأخره ناراحتی‌های روحی و هیجان‌ها و تحریکات دستگاه گوارشی.

۲ـ علل عفونی ـ تمام تب‌ها تقریباً با تاکی‌کاردی همراه‌اند. مهمترین آنها سل ریه است و باید گفت زیاد زدن قلب در این بیماری یکی از علائم ثابت است.

۳ـ کم‌خونی ـ خونریزی یا ضعف و نقاهت مفرط.

۴ـ علل سمی ـ مانند مصرف الکل، سیگار، قهوه و بعضی از داروها چون بلادون و آتروپین و یا عصارهٔ تیروئید و گاهی یک نوع داروی قلب به نام دیژیتالین.

۵ـ بیماری‌های قلب و عروق ـ بیماری‌های قلب چون نقص دریچه یا میوکاردیت و یا تصلب شرایین و افزایش فشارخون و غیره.

۶ـ علل عصبی یا عصبانیت ـ مانند هیستری، نوراستنی، بعضی نوروزها یا تحریکات و هیجان‌های عصبی، بیماری مغز و نخاع و غیره.

۷ـ بیماری‌های غدد درونی ـ زیاد ترشح‌کردن تیروئید، غدهٔ سوریال و سایر غدد.

۸ـ بیماری‌های دستگاه گوارش ـ قولنج‌های شکمی و کبدی و کولیت‌ها نیز باعث تاکی کاردی می‌شوند.

علائم تپش قلب

تاکی کاردی ساده ـ معمولاً نبض یا قلب بین ۱۰۰ تا ۳۰۰ ضربان در دقیقه می‌زند و

ایجاد ناراحتی و نگرانی در شخص می‌کند. این تپش زیاد به دو نوع است. موقتی و دائمی. نوع اول یا موقتی بعد از حرکت و تأثیر زیاد بروز می‌کند و نوع دوم یا دائمی در بیماری‌های تب‌دار و بیماری‌های غدد داخلی بروز می‌کند.

دو نکته شایستهٔ توجه و دقت است:

۱ـ یکی آنکه تاکی کاردی ساده به واسطهٔ حرکت و عصبانیت و اضطراب شدت می‌یابد.

۲ـ دیگر آنکه بلادون و آتروپین نیز آن را تشدید می‌نماید.

در معاینهٔ قلب توسط پزشک نیز جز سریع شدن ضربان علامت دیگری نمی‌توان یافت ولی گاهی ضربان قوی‌تر از حال عادی است.

تاکی کاردی ساده

تپش قلب ساده و موقتی ـ این نوع تاکی کاردی بیشتر در جوانان عصبانی که معمولاً دچار سمپاتیکوتونی هستند دیده می‌شود و هر چند بعضی آن را مربوط به سیر تیروئیدی (زیاد کارکردن تیروئید) دانسته‌اند، ولی هنوز به طور کامل روشن نیست. تپش قلب ساده و اصلی معمولاً با احساس اضطراب و تپش و ناراحتی قلب همراه است. حتی گاهی به شکل آنژین صدری (آنژین دوپوارترین) جلوه‌گر می‌شود و همین ناراحتی و تپش زیاد است که شخص را نگران و وحشت‌زده می‌کند و به فکر چاره و درمان می‌اندازد.

باید گفت کسانی که دچار این عارضه می‌شوند، اشخاصی هستند که بسیار حساس و عصبانی و سریع‌التأثیرند. به سهولت سرخ می‌شوند، عرق می‌کنند و غالباً نیز خسته و پریشان خاطرند و باید گفت این افراد از لحاظ جسمانی نیز لاغر هستند. با همهٔ اینها امکان دارد کسانی دیگر نیز دچار این تاکی‌کاردی یا تپش قلب بشوند و به عللی که ذکر شد، این عارضه پیش بیاید که در هنگام حرکت و هیجان و تأثّر و مانند اینها سریع‌تر شود.

درمان تپش قلب ساده هیچ معالجه‌ای لازم ندارد. ولی اگر مدت زمانی طول کشد باید به فکر چاره و درمان بود.

تشنج کودکان

حالت غش و تشنج در کودکان بسیار دیده می‌شود و غالباً به علت عدم اطلاع والدین مخصوصاً مادران و پدران جوان که تازه زندگی مشترک را تشکیل داده‌اند، ایجاد نگرانی شدید نموده و همین نگرانی موجب می‌شود که مادران ندانند چه باید بکنند. لذا برای آشنایی همهٔ خوانندگان مخصوصاً مادران جوان به ذکر این عارضه می‌پردازم.

حالت غش و تشنج در کودکان ممکن است ناگهانی و بدون سابقه و همراه با تب باشد. گاهی این حالت غش بدون تب و به صورت حملهٔ صرعی شکل پیش می‌آید. هنگامی که حالت غش همراه با تب به وجود می‌آید، به سبب آن است که کودکان در مقابل کوچک‌ترین سرماخوردگی و اختلال در دستگاه گوارششان به آسانی دچار تب می‌شوند و این تب آنی نیز غالباً شدید است. بدین لحاظ خون متوجه مغز و مخ می‌گردد و سبب آزار پردهٔ مخ شده و استعداد غش و تشنج در طفل پیدا می‌شود. این حالات مخصوصاً بیشتر در موقع شروع بعضی بیماری‌های عفونی مانند آبله، سرخجه، مخملک، فلج کودکان و غیره به وجود می‌آید. به هنگام دندان درآوردن در بعضی کودکان نیز حالت غش و یا تشنج دیده می‌شود.

در موارد دیگری نیز به علت بیماری‌های خاص مثل مننژیت یا فلج کودکان تشنجات وجود دارد که در تمام موارد وضع کودک بسیار تأثرآور می‌شود و اطرافیان و والدین طفل به شدت ناراحت و نگران می‌شوند، آنچنان که از تصمیم گرفتن و چاره‌جویی درست باز می‌مانند.

بدین لحاظ می‌خواهم با دستورات زیر تا حد امکان تشنجات رفع شود و وضع وخیم طفل بهبود یابد تا مادران بتوانند به پزشک جهت درمان کامل مراجعه نمایند:

۱ـ نخست باید در جای راحتی کودک را بخوابانند. به روی سر طفل کیف آب یخ

بگذارند و یا با آب سرد کمپرس بنمایند.

۲ـ در عین حال فراموش نشود که باید پاهای کودک بیمار را گرم نگاه دارند.

۳ـ باید به وسیلهٔ پوار (اسباب تنقیهٔ کودک) و آب جوشاندهٔ ختمی یا یک استکان روغن زیتون در نیم لیتر آب ولرم کودک را تنقیه نموده و روده‌های او را تخلیه نمایند.

۴ـ دادن نصف قرص آسپرین نه تنها بی‌ضرر بوده بلکه کمکی بزرگ به رفع تشنج طفل خواهد بود. اگر دسترسی به داروهای تب‌بُر و آرام‌بخش داشته باشند، بهتر است.

گاه این حمله‌های غشی و تشنج‌ها بدون تب بوده و به صورت غش‌های صرعی یا صرعی شکل بروز می‌نماید.

- بهترین کار در این حال استراحت و خواباندن طفل است.
- چنانچه دسترسی به قرص‌های لومینالت دارید می‌توانید یک عدد قرص لومینالت به طفل بدهید تا به پزشک برسانید.

تغذیهٔ کودک در دوران بیماری غش یا تشنج باید منحصر به سوپ، شیر گرم، آب میوه یا کمپوت باشد تا از شدت بیماری بکاهد.

تلخی دهان

بسیاری از بانوان و آقایان به خاطر احساس طعم تلخ در دهان بعد از خواب مخصوصاً صبح‌ها رنج می‌برند. این ناراحتی در عده‌ای به قدری شدید است که معمولاً رغبتی به صرف صبحانه ندارند و کم اشتها می‌شوند. در گروهی نیز این عارضه گاهی بر زندگی و طرز کار اجتماعی آنان مُؤثّر واقع می‌شود. چون شروع یک روز نو با چنین احساس ناراحتی و مزاحمت، بر اعصاب شخص مبتلا تأثیری بد دارد و قابلیت تحریک اعصابش را فراهم می‌سازد.

باید دانست که زبان عضو مخصوص درک طعم بوده و شاید بتوان گفت یکی از عوامل لذت بردن بشر است، چرا که از راه زبان اغذیهٔ خوش طعم و لذیذ را درک و حس می‌نماییم. زبان به علت دارا بودن عناصری در سطح خود به نام جوانه‌های چشایی ما را قادر می‌سازد که طعم اغذیهٔ گوناگون و نوشیدنی‌ها و سایر مواد را حس کنیم. معمولاً جهت درک طعم‌های مختلف، نواحی مخصوص در سطح زبان وجود دارد و هر ماده‌ای باید نخست در بزاق حل شده و مجاور جوانهٔ چشایی قرار گیرد تا بتوانیم آن را درک کنیم.

گاهی موادی هم که در خون جریان می‌یابد ممکن است با بزاق ترشح شده یا مستقیماً مجاور جوانه‌های چشایی قرار گیرد و ما طعم مخصوص آن را حس نماییم، بدون اینکه ماده‌ای در دهان داشته باشیم. تلخی دهان که در بعضی اشخاص به وجود می‌آید بیشتر به علل زیر دیده می‌شود:

۱ـ ناراحتی‌های دستگاه گوارش

۲ـ بیماری‌های مخصوص مجاری صفراوی و کیسهٔ صفرا.

۳ـ تورم و نارسایی کبد

۴ـ مسمومیت حاد و مزمن

۵ـ اعتیاد به الکل و سیگار که خود ایجاد نوعی مسمومیت می‌کند.
۶ـ آلودگی و بیماری‌های عفونی دهان و دندان.

همان طور که گفته شد بیماری‌های دستگاه گوارش و کبد و مجاری صفراوی از علل عمدهٔ ایجاد تلخی در دهان است. زیرا این نارسایی و ناراحتی‌ها سبب می‌شود که مواد صفراوی وارد خون شده و احساس تلخی در دهان بنماییم و اگر بیماری کبد و مجاری صفراوی شدید و طولانی باشد همیشه احساس می‌کنیم که دهانمان تلخ مزه است. مسمومیت‌های غذایی و دارویی، مصرف الکل و کشیدن سیگار نیز سبب تلخی و بی‌مزه بودن دهان می‌شود و نیز از جهت دیگر این مسمومیت‌ها به تدریج باعث ضعف و نارسایی کبد و تنبلی کیسهٔ صفرا شده و بر شدت ناراحتی می‌افزاید. خرابی دندان و بیماری‌های عفونی و میکروبی دهان نیز باعث می‌شود که باقی‌ماندهٔ مواد غذایی تحت اثر میکروب‌های گوناگون دهان تخمیر شده و در نتیجه مبتلایان به این بیماری‌ها صبح‌ها که از خواب برمی‌خیزند احساس تلخی ناراحت‌کننده‌ای در دهان خود می‌نمایند.

راه چاره و درمان

با آگاهی از علل ایجاد تلخی دهان می‌توانیم به درمان و رفع آن موفق گردیم. کسانی که احساس بی‌مزگی و تلخی در دهان خود می‌کنند، نباید آن را بی‌اهمیت تلقی کرده و به امید آن باشند که خودش خوب خواهد شد.

۱ـ نخست باید به وضع دستگاه گوارش خود توجه کنند.
۲ـ اجابت مزاج باید هر روز انجام گیرد.
۳ـ از مصرف مواد غذایی که برای کبدهای تنبل و نارسا مضر است خودداری کنند، چون چربی، تخم‌مرغ، ادویه، آش، آبگوشت.
۴ـ با مصرف میوه‌هایی چون انار، آلو، خربزه، سیب، گلابی به فعالیت کبد خود بیفزایند.
۵ـ از خیس کردهٔ گوجه و آلوزرد که در ترشح صفرا اثری خوب دارد استفاده نمایند.
۶ـ چنانچه دچار مسمومیت و ناراحتی‌هایی نظیر آن شده‌اند فوراً به درمان آن بپردازند.

۷ـ از مصرف نوشابه‌های الکلی به هر صورت و شکلی جداً خودداری نمایند.
۸ـ چنانچه به سیگار اعتیاد دارند کوشش به ترک یا کم کردن آن بنمایند.
۹ـ هر شب هنگام خوابیدن دندان‌ها و دهان خود را با مسواک و جوش‌شیرین خوب شستشو دهند.
۱۰ـ چنانچه دچار بیماری دهان و دندان هستند از مراجعه به دندانپزشک غفلت ننمایند.

بخش پنجم- حروف ج - چ

جوش صورت (آکنه)

جوش‌های خارش‌دار اطفال

چشم آینهٔ روح، جوانی و نشاط

چه کنیم دچار ورم معده و زخم معده نشویم؟

چرکین بودن ادرار

چرا بعضی کودکان دیر زبان باز می‌کنند؟

چین و چروک چهرهٔ شما سخن می‌گوید.

جوش صورت (آکنه)

فردی نیست که روزی چند بار در آیینه به صورت خود نگاه نکند و اغلب از دیدن جوش‌هایی که به نام آکنه یا غرور جوانی معروف است وحشت نکند. در صورتی که این قبیل بثورات به وسیلهٔ متخصص بیماری‌های گوارشی و یا متخصص بیماری‌های زنان قابل درمان است و باید بدانید که این حالت ارتباط زیادی به تغذیه و امور جنسی دارد.

جوش صورت چیست؟

زیبایی و پوست سالم و زیبا موجب سعادت و تعادل روانی است. جوش صورت آفت زیبایی و بر هم زنندهٔ تعادل روانی است.

چرا بعضی از پوست‌ها دچار جوش و یا آکنه می‌شوند؟

همه کس چه بانوان و چه مردان طالب زیبایی و تراوت بوده بیش از هر چیز به زیبایی صورت و چهرهٔ خود اهمیت می‌دهند.

بیماری‌های پوست از قبیل جوش صورت یا آکنه، کک و مک و پیسی، آفتی است برای زیبایی و وجود این گونه آفت‌ها اثری نامطلوب و ناخوشایند بر روح و روان شخص می‌گذارد. مخصوصاً اگر این عارضه بر روی پیشانی یا پلک چشم یا روی بینی باشد یک نگرانی در شخص ایجاد می‌کند که همین ناراحتی و نگرانی تعادل روانی را بر هم زده و شخص را دچار عصبانیت و افسردگی می‌سازد. متخصصین زیبایی و پوست با مطالعات زیاد و درمان‌های مختلف بالأخره به این نتیجه رسیده‌اند که این عارضه‌ها علتی داخلی داشته و سرچشمهٔ همهٔ آفت‌های زیبایی و یا عوارض پوستی چهره مربوط به نارسایی یا عدم کفایت کبد است.

به طور کلی همه می‌دانیم که بهداشت عمومی و مخصوصاً بهداشت تغذیه نقش مهمی را در حفظ و بقای زیبایی بازی می‌کند و اگر این توجه به بهداشت و سلامتی چهره و دیدگان و موی سر باشد، موجب تراوت و شادابی بوده و با حفظ زیبایی تعادل روانی و

قدرت تفکر را نیز در بر خواهد داشت...

مهم این است که بدانیم چگونه بهداشت و سلامتی چهرهٔ خود را حفظ کنیم و چگونه زیبایی خود را از گزند آفات مصون داریم. شما باید بدانید چطور زیبایی خود را حفظ کنید. اگر دائماً صورت خود را با ناخن‌ها بکنید و یا جوش‌های آن را با دست‌های آلوده بفشارید و یا بدون توجه به مقاومت پوست بدنتان، خود را در معرض تابش اشعهٔ خورشید قرار دهید، پوست صورت و گردنتان را لک‌دار و نازیبا می‌سازید و قبل از موقع آن را پرچین و چروک خواهید ساخت.

شرایط زندگی امروز با گذشته فرق زیادی دارد، بانوی امروزی می‌خواهد که مورد پسند خود و سایرین قرار گیرد. آقایان نیز دست کمی از خانم‌ها ندارند و همه پابند زیبایی، سلامتی، نظافت و برازندگی هستند.

دشمن این برازندگی و زیبایی جوش صورت است. لذا برای آشنایی شما به ذکر آن عواملی که موجب به وجود آمدن جوش صورت می‌شود، می‌پردازیم.

باید دانست که پوستَ بدن تشکیل شده از یک طبقهٔ شاخی روی پوست که زیر آن یک طبقه سلول‌های شفاف و سپس سلول‌های طبقهٔ دانه‌دار وجود دارد. سلول‌های این طبقه لوزی شکل هستند و در پروتوپلاسم آنها دانه‌های درشتی دیده می‌شود. در زیر آن طبقه سلول‌های زایگر قرار دارد و بعد از آن طبقه زیر درم است که غدد چربی و عرق در آنجا وجود دارند.

می‌دانیم که پوست با فعالیت مداوم سلول‌های خود و ترشح عرق سموم بدن را دفع می‌کند و به نرمی پوست کمک کرده، مواد زائد خون چون اوره را نیز دفع می‌نماید. نیز با ترشح سبوم که از چربی و اسید تشکیل شده است موجب نرمی پوست شده، پوست بدن را در مقابل تغییرات جوی و اثر مضر میکروب‌ها حفظ و حراست می‌نماید. حال اگر تعادل میان چربی و اسید سبوم به هم بخورد و مقدار چربی آن بالا رود، ایجاد جوش و آکنه در بدن مخصوصاً صورت می‌نماید. زیرا همان طور که می‌دانیم بدن ما مخصوصاً سطح پوست پر از میکروب‌های مختلف مخصوصاً استافیلوکوک و استرپتوکوک است که در محیط چربی پوست صورت به خوبی پرورش می‌یابد و ایجاد جوش‌های مختلف را می‌نماید. گاهی جوش‌ها بزرگ می‌شود و چرک زیادی همراه دارد. در جوان‌ها نیز به

خاطر فعالیت شدید غدد و ازدیاد هورمون‌های مختلف، چربی از پوست صورت دفع می‌شود و جوش‌های زیادی در پیشانی و صورت به وجود می‌آید که آنها را غرور جوانی می‌نامند.

اما باید دید چرا تعادل اسید و چربی در سبوم به هم می‌خورد...؟

در جوان‌ها به علل فعالیت شدید هورمونی قدرت دفاعی کبد و حفظ تعادل و دفع سموم به هم می‌خورد. یعنی کبد نمی‌تواند وظایف سنگینی که برای سلامتی بدن و تراوت پوست به عهده دارد به خوبی انجام دهد. زیرا سلول‌های کبد که وظیفهٔ ضد سم‌سازی دارند، نمی‌توانند به علت کار زیادی که برای هضم و جذب مواد غذایی دارند ضد سم‌های لازم را بسازند و چربی زیادی را بسوزانند تا بدین طریق تعادلی در ترشحات سبوم به وجود آید.

در دیگر سنین نیز همین نارسایی و عدم کفایت سلول‌های کبدی باعث می‌شود که این عدم تعادل به وجود آید. حال اگر در چنین مواقعی بتوانیم به یاری کبد رسیده، از فشار بر آن و مصرف مواد غذایی نامناسب خودداری کنیم، به تدریج جوش‌ها بهبود یافته و چهرهٔ ما صاف و شفاف گشته، زیبایی، تراوت، آرامش روانی و نشاط واقعی را به دست خواهیم آورد.

متأسفانه باید گفت بسیاری از جوش‌ها طوری است که پس از بهبود جای آن باقی می‌ماند و در صورت نقاط تیره رنگ و یا لک‌هایی را بر جای می‌گذارد. نکتهٔ مهم دیگر آن است که در فصل بهار به خاطر تغییرات شگرف هورمونی در بدن اگر به وضع کبد و دستگاه گوارش توجه نشود، جوش‌های صورت به وجود آمده و زیبایی را به مخاطره می‌اندازد. لذا باید گفت آنهایی که گرفتار این عارضهٔ نامطلوب شده‌اند باید در درجهٔ اول به کبد و دستگاه هاضمه و رژیم غذایی خود بیندیشند و پس از آن وضع عصبی و کار هورمون‌های بدن خود را در نظر بگیرند و نیز از مواظبت‌های خارجی پوست صورت خود غفلت نفرمایند. نیز باید در نظر داشت که دستگاه گوارش و دفع عامل بسیار مهمی در صافی و درخشندگی پوست بدن و تراوت چهره به‌شمار می‌آید. اختلالات این دستگاه‌ها باعث می‌شود عوارض و عکس‌العمل‌های آن در چهره نمودار شود، به صورت جوش‌های

ناخوشایند و لک‌های نازیبا و تیرگی نامطبوع به وجود آید.

همان طور که گفتم عدم فعالیت سالم کبد و نارسایی آن موجب می‌شود که سموم بدن به خوبی از نقاط مختلف مخصوصاً چهره جذب و دفع نگردد. منظم نبودن کار دستگاه گوارش موجب ناراحتی‌های مختلف چون نفخ و یبوست شده و علاوه بر اینکه پوست راکدر می‌نماید، موجب بدخلقی و کسالت عمومی بدن نیز می‌شود. باید دانست منظم بودن کار دستگاه گوارش و فعالیت سالم کبد بسته به نوع غذایی است که ما می‌خوریم. اگر بتوانید در غذای روزانهٔ خود به اندازهٔ کافی سبزی و میوه مصرف نمایید، بدانید که در دستگاه گوارش و کبد شما عارضه‌ای به وجود نخواهد آمد. با توجه به تغذیه و بهداشت مزاج خود می‌توانید پوستی صاف و با تراوت داشته باشید. چنانچه دارای صورتی هستید که مستعد جوش زدن در بهار است به اندازهٔ کافی اسید در سبوم آن نیست. باید به خاطر سپرد یکی دیگر از علل چربی زیاد و عدم تعادل اسید سبوم پوست صورت غیر از خوب کار نکردن کبد و غدد مترشح داخلی، تحریکات عصبی و بی‌خوابی نیز هست که موجب به هم خوردن تعادل ترشحی غدد پوست می‌گردد. لذا کسانی که در فصل بهار و تابستان دچار این عارضه می‌شوند، لازم است به دستورات زیر توجه بفرمایند:

۱ـ شستشوی صورت با صابون اسیدی مانع به وجود آمدن جوش در صورت خواهد شد.

۲ـ برای مقابله و مبارزه با چربی زیادی پوست پس از صابون زدن صورت باید پنبه‌ای راکه آغشته به الکل نود درجه (الکل کامفره) است، بر چهره بمالند. پمادهایی که مخلوط گوگرد دارند، در صورتی که پوست صورت به آن حساسیت نداشته باشد، در بهبود جوش بسیار مُؤثر است.

۳ـ مواظبت از کبد نیز شرط اساسی درمان و جلوگیری از جوش پوست صورت است. هر روز باید یکی دو لیوان آب هویج یا سیب میل فرمایید. خوردن سبزی‌هایی چون کاهو، کرفس، شاهی، هویج، ریواس، کنگر و میوه‌هایی چون سیب، آلو، گوجه، زردآلو، پرتقال و انگور در تراوت و شادابی و لطافت پوست نقش دارد و در رفع عارضهٔ جوش

صورت بسیار مؤثر است.

۴ـ به کار بردن ماسک‌های زیبایی که از میوه‌جات باشد کمک می‌کند تا سموم پوست دفع و از به وجود آمدن جوش و امثال آن جلوگیری شود.

۱ـ ماسک لیمو و پرتقال

از این ماسک برای چهره‌های ناراحت، پف کرده و جوش‌دار استفاده می‌کنند. نخست یک لیمو را به دو نیم کرده به چهره و گردن بمالید. آب لیمو یا پرتقال و یا مخلوط هر دو را خوب به صورتتان بمالید و به تدریج با نیمهٔ دیگر لیمو روی چهرهٔ خودتان بفشارید که خشک نشود. مدت بیست دقیقه این ماسک را حفظ کنید و سپس با آب بشویید.

۲ـ ماسک هویج

ساده‌ترین و ارزان‌ترین ماسک برای پوست‌های چرب، تیره، جوش‌دار و آفتاب‌سوخته است. یک هویج تازه و خوب را به قطعات پهنی تقسیم کرده، مدت بیست دقیقه روی صورت بگذارید و در این مدت استراحت کنید، سپس صورت را با آب تمیز نه خیلی گرم و نه خیلی سرد بشویید.

۳ـ ماسک خیار

باید دانست که خیار و پوست آن بهترین ماسک جهت پوست‌های تحریک شده، چرب، جوش‌دار و خسته است. مخصوصاً بانوانی که زیاد لوزام آرایش به کار می‌برند، ضروری است با این ماسک خستگی و چربی پوست خود را رفع نمایند.

خیار تازه را قطعه قطعه نموده، مدت سی دقیقه روی چهرهٔ خود قرار می‌دهند. البته می‌توان یک نوع ماسک را با خیار رنده شده و زردهٔ تخم‌مرغ درست کرد. آن را هم نیم ساعت باید به چهره مالید و استراحت کرد. سپس با آب ولرم شستشو داد.

۴ـ ماسک گوجه‌فرنگی

از این ماسک نیز برای تراوت پوست‌های جوش‌دار، خسته و پف کرده استفاده

می‌کنند. این ماسک نیز خیلی ساده و ارزان است. گوجه فرنگی را به دو نیم کرده، روی چهره قرار می‌دهید. پس از نیم ساعت صورتتان را بشویید.

۵ـ ماسک سیب‌زمینی

سیب‌زمینی را پوست کنده، خوب رنده و نرم کنید که به صورت پوره در بیاید. آنگاه یک قاشق سوپخوری آب نارنج یا لیموترش به آن اضافه کنید. مدت نیم ساعت روی صورت و گردنتان مخصوصاً نقاطی که چربی زیاد دارند بگذارید. این ماسک برای صورت‌های جوش‌دار، خسته، بی‌خوابی کشیده و یا کسانی که زیاد از کِرِم‌های مختلف به کار می‌برند، مفید است و موجب تراوت پوست می‌شود.

اگر با رعایت دستورات بالا موفق به رفع کامل جوش‌های صورت نشدید بهتر است برای درمان کبد خود و حفظ زیبایی و به دست آوردن تراوت چهره به پزشک متخصصی مراجعه کنید.

جوش‌های خارش‌دار اطفال

یکی از شایع‌ترین عوارض جلدی کودکان پیدایش جوش‌هایی است خارش دار که در زبان ما اصطلاح خاصی برای انواع مختلف آن نیست. ما ابتدا به شرح استرفولوس که یک نوع از این جوش‌هاست خواهیم پرداخت و در تشخیص افتراقی آن به ذکر سایر بیماری‌های جلدی که علامت مهم آنها نیز جوش‌های خارش‌دار است اکتفا خواهیم نمود.

در استرفولوس روی پوست کودک برجستگی‌هایی دیده می‌شود که بزرگی آن از یک سر سوزن تا یک عدس و بزرگ‌تر است. رنگ آن سرخ و بین انگشتان سفت و سخت حس می‌شود. یکی از بزرگ‌ترین صفات آنها این است که در قلهٔ هر جوشی یک وزیکول (آبدانه) وجود دارد. معمولاً در ظرف دو الی ۷ - ۸ روز این جوش‌ها از بین می‌روند؛ ولی جوش‌های جدیدی به فواصل مختلف خواهد زد که بعضی به صورت کهیر و بعضی در مراحل پیشرفته‌تر دیده خواهد شد و مدت چندین هفته طول می‌کشد تا دانه‌ها فروکش نماید و از آنجا که همیشه خارش شدیدی همراه آنهاست، تاول‌های کوچک مزبور را ناخن‌های طفل ترکانده و کمی خون منعقد شده جانشین آن می‌گردد. این است که به علت مراحل مختلفی که دانه‌های پوست به خود گرفته‌اند، تشخیص آبله مرغان و از راه خارش شدید و خونین نمودن پوست گاهی فکر گال، قوت می‌گیرد.

محل این جوش‌ها به طور عادی تنه، شکم و دست‌های طفل است. بعد روی گردن و اطراف سافِله (پایین‌تنه) نیز دیده خواهد شد. کف دست‌ها و پاها همچنین پوست سر و مخاط‌ها معمولاً سالم می‌ماند. در بعضی از موارد به جای برجستگی منظم و مدوری که به پاپول موسوم است، روی بدن کودک قطعات کم و بیش وسیعی قرمز و کمی برجسته می‌شود و روی این کهیرها چند دانه تاول پیدا می‌گردد.

این جوش‌ها به‌ندرت یک مرتبه در عمر دیده می‌شود. معمولاً در حوالی بهار و

تابستان گاهی در فصول دیگر تجدید شده تا سال پنجم و ششم عمر زحمت بیمار و والدین را فراهم نموده به خودی خود در این تاریخ طفل از جوش می‌افتد.

در پیدایش آن، عامل اساسی مربوط به تغذیه است. شاید افراط در مصرف شیر گاو، شیرینی، شکلات و نان بی‌اثر نباشد. سوء هضم مواد آردی گاهی موجد آن است؛ ولی بیشتر ساختمان مزاجی و موروثی مسبب است. در بعضی خانواده‌ها چندین بچه به این بیماری لاعلاج گرفتار می‌شوند و در حقیقت آلرژی و حساسیت به مواد مختلف که کشف آن عملاً بسیار دشوار است، عامل عمدهٔ این عارضه محسوب می‌شود. بسیاری از بچه‌ها را خواهید دید که بعد از خوردن تخم‌مرغ یا توت‌فرنگی جوش می‌زنند.

تشخیص - استرفولوس ظاهراً شکلی ندارد؛ ولی هر خارش پوست را نباید استرفولوس نامید. روی جلد جوش‌های بسیاری در اثر گزیدن حشرات ممکن است مشاهده گردد که منحصر به نواحی گشودهٔ بدن است و تشخیص آنها از استرفولوس بسیار آسان است. طفل دیگری را باز برای خارش جلد به مطب شما می‌آورند و پرستار کودک اظهار می‌دارد که شب‌ها خصوصاً خارش شدت دارد. مریض از هر طبقه که هست در فکر گال باشید و ضایعات آن را بین انگشتان و روی جدار قدامی بغل‌ها و در کودکان در ناحیهٔ سرین جستجو نمایید. شما باید بدانید که نمایان‌ترین علامت گال شیار (Silons) آن است که طول آن از ۲ تا ۵ میلی‌متر بیش نیست و ربطی به خطوط طبیعی پوست بدن کودک ندارد.

ولی بیماری جلدی که از نظر تشخیص اشکال دارد و دارای پیش‌آگهی کاملاً متفاوت است، مرضی معروف به (پرورلوگو دوهبرا)ست که مانند استرفولوس ضایعات جلدی آن در سال اول زندگی شروع می‌شود و در بادی امر جوش‌های آن با استرفولوس کاملاً قابل انطباق است. ولی بعکس استرفولوس که در ظرف یک الی سه ماه بهبود یافته اثری از آن باقی نمی‌ماند، این مرض ماه‌ها بلکه سال‌ها طول کشیده، (دست کم تا دورهٔ بلوغ) آسایش کودک را مختل و خانواده را پریشان می‌نماید. بعد از چند ماه منظرهٔ بیماری کامل است. خارش بدن طفل مافوق تحمل خواهد بود و تصور کنید که کودکی رنجور وقتی ماه‌ها با پنجهٔ خود پوست بدن را خراشیده است، ضایعات جدیدی روی آن مشهود خواهد شد که پیدایش آنها این بیماری را از استرفولوس ساده جدا می‌سازد. از همه مهم‌تر قطعات

پوسته و چرکی روی دست و پای طفل است. به علاوه خارش، جراحات بسیاری روی پوست ایجاد نموده است.

دو صفت دیگر را بر علائم اگر بیفزاییم از مرض هبرا، شما یادگار مختصری در خاطرتان خواهد ماند و آن اولاً سالم ماندن پوست روی مفصل‌های مهم بدن است که مدت ها از این ضایعات متعدد هیچ‌کدام را نخواهد داشت. ثانیاً تورم غدد ناحیه کشالهٔ ران و بغل است و این صفت تقریباً ثابت و تورم غده‌ها به قدری شدید است که آن را با چشم می‌توان حدس زد.

در معالجهٔ استرفولوس قسمت عمدهٔ توجه پزشک باید صرف پیدا کردن و درمان علت آن باشد. مرتب کردن روش غذایی یا حذف موادی که ایجاد حساسیت می‌کند و تجویز داروهایی که در رفع حساسیت استعمال می‌شوند، خصوصاً داروهای تازهٔ ضدهیستامین، علاوه بر این، خارش ضایعات جلدی را باید کم نمود و برای این کار شست و شوی پوست با مایعات مسکن مفید است. معمولاً این مایعات هر قدر گرم‌تر باشد، بهتر خارش را تسکین می‌دهد. ساده‌ترین آنها آب مخلوط با سرکه یا آب و سبوس و غیره است. به علاوه گلیسیرین فنیله (فنیل ۵ گرم، آب و گلیسیرین از هر کدام پنجاه گرم) یا وازلین مانتله (مانتل یک گرم، وازلین و لانولین از هر یک پنجاه گرم) برای رفع خارش مفید است.

داروی آنتی‌هیستامین در رفع خارش و رفع جوش بسیار مُؤثر است و اگر جای جوش‌ها چرکی شد، به کار بردن آنتی‌بیوتیک‌ها بسیار اثر دارد. در هر حال در این هنگام یک مادر فهمیده قبل از رساندن بیمار به پزشک باید در غذای کودک دقت‌های زیر را بنماید:

۱ـ از دادن تخم‌مرغ، چربی سرخ شده، ادویه خودداری نماید.

۲ـ شیرجوشیده، سوپ سبزیجات، آب میوه بسیار مفید است.

۳ـ چای کم رنگ بسیار مفید است.

۴ـ لبنیات تازه نیز در رفع عوارض اثر خوبی دارند.

چشم آینهٔ روح، جوانی و نشاط

اگر به طور طبیعی دارای چشمانی خوش حالت، زیبا و خوش رنگ هستید از این نعمت خداداد مراقبت کنید و در سلامت آنها کوشا باشید و در هر حال بدانید چشم آینهٔ روح و سلامت بدن است و این دیدگان شماست که محبت، روح و حالات روانی شما را منعکس می‌سازد. نگذارید چشمانتان خسته به نظر آیند. همچنین مانع از به وجود آمدن چروک زیر چشم‌ها شوید. چرا که چروک‌های صورت شما را پیر و پژمرده نشان خواهد داد.

برای اینکه زیر چشم‌هایتان چروک نشود، خوب بخوابید. ساعت خوابتان کافی باشد تا چشم‌ها خسته به نظر نیاید. تغذیه‌تان هم باید مرتب و دقیق و مطابق با اصول بهداشتی باشد. اگر احیاناً چروک زیر چشم‌هایتان پدیدار شد و سایه‌ای پیر و خسته بر آنها افکند از کِرم‌ها و داروهای طبی ضد چروک استفاده کنید. کبود شدن زیر چشم‌ها نه تنها حالتی خسته و پیر به چشم‌ها می‌بخشد، بلکه خود نشانه‌ای از نارسایی دستگاه گوارش و کبد است. باید هر چه زودتر به درمان آن اقدام کرد.

چشمانی که در اثر مطالعه یا نگاه کردن به تلویزیون، سینما و غیره خسته و قرمز می‌شوند احتیاج به مراقبت بیشتر دارند. می‌توان با ریختن داروهای آرام‌کننده که البته بهتر است به تجویز پزشک باشد یا به وسیلهٔ کمپرس خستگی آنها را برطرف کرد. بهتر است کمپرس چشم‌ها توسط جوشاندهٔ گیاهان انجام شود، مثل بابونه. کمپرس چای نیز برای برطرف کردن خستگی چشم مُؤثر است. اسید بوریک یا داروهای دیگری که می‌توانید از داروخانه تهیه کنید برای شستشوی چشم‌ها مفیدند و خستگی را از آنها می‌گیرند. در مورد پاک کردن آرایش چشم‌هایتان دقت کافی مبذول دارید چون پوست زیر چشم‌ها آن قدر حساس است که زود تحت تأثیر قرار می‌گیرد. پاک کردن آرایش چشم باید با حوصله و دقت و ملایمت کامل صورت بگیرد.

برای اینکه چشمانتان درخشان و شفاف شود از قطره‌های سفید رنگ مخصوص برای درخشش چشم‌ها استفاده کنید. البته لازم است که استفاده از هر دارویی برای چشم‌ها تحت نظر و با اجازهٔ پزشک باشد، زیرا باید دانست که چشم عضو حساس بدن است، ممکن است با مصرف مواد آرایشی و داروهای سرخود ایجاد حساسیت در چشم شده و عوارض نامطلوبی به بار آورد. شما این نعمت و موهبت الهی را باید بیشتر قدر بدانید. وقتی که چشم‌های خود را ببندید به ارزش آنها بیشتر پی می‌برید.

چشم

این گفته یک شاعر چینی است: «چشم زیبا در اولین برخورد همه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.»

۱ـ فراموش نکنید در مقابل نور کافی مطالعه کنید. در تاریکی از خواندن و نوشتن و کارهایی که با چشم بستگی دارد، خودداری فرمایید.

۲ـ وقتی که چشمان شما سرخ و یا خسته شده باشد، هر چند زیبا باشید و هر چند که خوب آرایش کرده باشید، بدانید که زشت جلوه خواهید کرد.

۳ـ در مقابل درد و سرخی چشم بی‌خیالی و بی‌احتیاطی نکنید و برای رفع بیماری فوراً به پزشک متخصّص چشم رجوع فرمایید.

۴ـ بی‌خوابی بزرگ‌ترین آفت زیبایی چشمان است. حتی‌الامکان سعی کنید شب‌ها زودتر از ساعت ده بخوابید.

۵ـ هرگاه دچار سرخی چشم شُدید، می‌توانید با کمپرس و شستشو با چای کم‌رنگ آن را رفع نمایید.

۶ـ از دست زدن به چشم و مالش آن با دست‌های آلوده خودداری فرمایید.

۷ـ در صورت خارش و ناراحتی می‌توانید با دستمال تمیز و یا گاز استریل چشمان خود را مالش دهید.

۸ـ در صورتی که در سینما یا موقع کار احساس خستگی می‌کنید، لازم است فوراً از لحاظ دید چشمان خود را به متخصّص نشان دهید.

۹ـ به سلامتی و پاکی مژگان خود توجه فراوان مبذول فرمایید و با شستشوی صحیح

چشم و پلک‌ها آنها را همیشه پاک و خوش حالت حفظ نمایید. برای آرایش چشم‌ها نیز باید توجه خاص بفرمایید و همیشه از لحاظ سلامتی داخل بدن به رژیم غذایی توجه کنید.

۱۰ـ چربی و مواد سرخ شده را از غذای خود حذف کنید.

۱۱ـ در فصل زمستان روزی چند نارنج یا آب نارنج، خرما و هویج میل فرمایید.

۱۲ـ در تابستان، آب هویج، گوجه فرنگی، توت فرنگی، گیلاس میل فرمایید.

۱۳ـ چنانچه وضع دفع مزاجتان نامرتب است، با خوردن چند آلوی خیس کرده در صبح ناشتا آن را منظم فرمایید.

۱۴ـ خوردن سبزیجات با غذا را فراموش نکنید؛ مخصوصاً تره، شاهی و جعفری را.

چشم روشنی بخش زندگی، حفاظت چشم‌ها

در طی قرون متمادی کوری و عللی که به کوری منتهی می‌شدند، یکی از بلایایی محسوب می‌شد که جزو سرنوشت انسانی به شمار می‌رفت و امروز باید با این عقیدهٔ غلط مبارزه کرد و آن را از بین برد. بعضی از علل کوری غیرقابل اجتناب و برخی دیگر قابل علاج است؛ مع‌هذا این گونه علل در اقلیت قرار دارند. پیشرفت‌های علم طب و بهداشت و رعایت نظافت عمومی این امکان را به وجود آورده است که از بسیاری حوادث که منجر به کوری می‌شود، پیشگیری به عمل آید.

در دنیا بیش از ده میلیون کور وجود دارد و اکثر کسانی هستند که رفته‌رفته کور شده‌اند. تعداد کسانی که قدرت دید آنها آن قدر کم است که قادر به انجام هیچ کاری نیستند، خیلی بیشتر از تعداد کسانی است که واقعاً کورند.

بزرگ‌ترین علت کوری در جهان تراخم است. بنابر تخمین سازمان بهداشت جهانی، تقریباً $\frac{1}{6}$ (۵۰۰ میلیون نفر) سکنهٔ زمین به این مرض مبتلا هستند. در بین این عدهٔ کثیر مبتلا به تراخم، بچه‌ها قربانیان ردیف اول محسوب می‌گردند. در کشورهای شمالی افریقا، در دهات $\frac{9}{10}$ بچه‌ها در اولین سال زندگی مبتلا به تراخم می‌شوند.

در هند، ناحیهٔ اوتارپارادش که تراخم زیاد وجود دارد مورد بازرسی قرار گرفت و مشاهده شد $\frac{9}{10}$ اطفال کمتر از دو سال به این بیماری مبتلا هستند که ۸ نفر آنها در

چشمانشان باکتری این مرض وجود دارد و در بین اطفال بزرگ‌تر از ۷ سال و افراد بالغ $\frac{۸}{۱۰}$ از کل جمعیت تراخمی بوده‌اند. گزارش‌های رسیده از پنجاب و رجستان نیز ارقام مشابهی را نشان می‌دهند.

در یکی از گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی چنین نوشته شده:

«در نواحیی که در آن بیماری تراخم وجود دارد، تقریباً بیش از $\frac{۱}{۱۰۰۰}$ مردم کاملاً کور هستند و $\frac{۴}{۱۰۰۰}$ آنها قادر به انجام کار (به علت کم بودن قدرت دید) نیستند و بیش از $\frac{۱۰}{۱۰۰۰}$ آنها دارای چشم‌هایی می‌باشند که قدرت دید دو چشم متساوی نیست و تعداد بسیاری هم دارای عوارض چشمی هستند. با دسته‌بندی کردن مردم از لحاظ سن دیده می‌شود که هر چه گروه سن بالا می‌رود، تعداد مبتلایان نیز بیشتر می‌گردد.»

یک نفر چشم پزشک راجع به مرض (اونکوسرکیاسیس Onchocerciasis) که در امریکای جنوبی و افریقای مرکزی فراوان است، چنین می‌گوید:

«عامل این مرض کِرم کوچکی است. تخم آن به وسیلهٔ حشرات که انسان را می‌گزند وارد بدن شده و تجمّع کِرم مزبور در چشم منجر به کوری می‌شود.»

این شخص اظهار می‌دارد که:

«تعداد مبتلایان به این انگل باور نکردنی است. حشرهٔ مزبور در آب‌های روان تخم‌گذاری کرده و بدین جهت مرض مزبور در اطراف رودخانه‌ها وجود دارد و به همین دلیل به نام (کوری رودخانه) معروف شده است. در نزدیکی چنین رودخانه‌هایی، دهاتی یافت می‌شوند که همهٔ افراد بالغ آن نابینا شده‌اند. در این گونه دهات بچه‌ها دارای ارزش زیادی هستند چون آنها می‌توانند تا هنگام فرارسیدن کوری خود، راهنمای بزرگ‌ترها باشند.»

یکی دیگر از علل کوری بیماری آبله است که یک چشم یا هر دو چشم کسانی راکه به این مرض مبتلا شده‌اند کور کرده است. گلوکوم (آب سیاه) علت بزرگ دیگری برای کوری محسوب می‌گردد. این مرض نه تنها در کشورهایی که از لحاظ بهداشتی عقب هستند

زیاد وجود دارد، بلکه در کشورهایی نظیر امریکای شمالی دو درصد مردم مسن‌تر از چهل سال به این بیماری مبتلا بوده و در انگلستان ۲۶ درصد کسانی که کور می‌شوند به علت ابتلا به این بیماری است.

با توجه به علل کوری، کودکانی دیده می‌شوند که یا کور مادرزاد هستند و یا در بدو تولد چشم‌هایشان دچار عوارضی شده است. اینها اکثر نوزادانی هستند که مادرانشان مبتلا به امراض مجاری تناسلی مثل سوزاک و غیره بوده‌اند.

باید در نظر داشت مداوایی که حتی با استفاده از تمام امکانات موجود انجام می‌گیرد، معجزه‌آسا نبوده، نمی‌تواند تراخم و یا علل بروز بیماری‌های چشم را یکباره ریشه‌کن نماید. یک نفر چشم پزشک در این مورد می‌گوید:

«در بیمارستان‌ها با اورئومایسین به جنگ تراخم می‌رویم. در حالی که باید این کار را در منازل و با آب و صابون انجام دهیم.»

این نصیحت بزرگی است. «اگر مردم بتوانند از آب تمیز استفاده کنند، اگر آنها قادر به خرید صابون باشند، اگر بتوان منازل را تمیز نگاه داشت و از ورود حشرات ناقل میکروب جلوگیری به عمل آورد و اگر همهٔ اهل منزل از یک حوله استفاده نکنند.» یعنی به طور خلاصه سطح زندگی مردمی که در نواحی تراخمی زندگانی می‌کنند بالاتر و بهتر از آن چیزی باشد که هم اکنون است، این بیماری ریشه‌کن خواهد شد؛ ولی، تا رسیدن به این آرزو باید حقایق موجود را در نظر گرفت.

یکی از علل مهم کوری که واقعاً می‌توان جلو آن را گرفت، آبله است. این بیماری در بسیاری از ممالک هم اکنون ریشه‌کن شده است. آمار نشان می‌دهد که از سال ۱۸۱۹ تا ۱۹۷۱ دو سوم بچه‌های مدرسه‌ای در لیورپول به علت ابتلا به این بیماری کور شده‌اند. ولی امروز دیگر از این بیماری خبری نیست. تلقیح بزرگ‌ترین راه جلوگیری از این بیماری محسوب می‌گردد.

در هند ۲۰/۸ درصد علل کوری آبله است. از دو میلیون کور ۴۰۰۰۰۰ نفر آنها به علت بیماری آبله، دیدگان خود را از دست داده‌اند. در اثر اجرای طرح‌های بهداشتی با کمک سازمان بهداشت جهانی در این کشور و سایر کشورهایی که مایل به ریشه‌کن ساختن این

مرض در کشور خود بوده‌اند، تعداد مبتلایان به این بیماری به میزان محسوس کمتر گردیده است. مثلاً در کشور لبنان ۸۰ درصد مردم در آخر سال ۱۹۶۱ بر علیه این مرض تلقیح شده بودند.

چنین تخمین زده می‌شود که در سراسر جهان ۲۹۱ میلیون نفر مبتلا به کوری رودخانه هستند. یک مطالعهٔ چهار ساله که توسط شورای سلطنتی ممالک مشترک‌المنافع برای رسیدگی به علل کوری در افریقای غربی به عمل آمده، نشان می‌دهد که در نواحی شیوع تراخم، ۵۰۰ نفر از ۱۰۰۰۰۰ نفر کور هستند. در شمال کشور غنا ناحیه‌ای یافت شد که رقم مزبور به سه هزار درصد هزار می‌رسد.

یک گروه در سازمان بهداشت جهانی که در سال ۱۹۵۳ در مورد این مرض و طرز جلوگیری از آن مطالعاتی انجام می‌داد، گزارشی تهیه کرد که نشان می‌داد در برخی نواحی افریقا و امریکای جنوبی بین ۸۰ تا ۱۰۰ درصد مردم به علت ابتلا به این مرض کور شده‌اند.

در این گزارش چنین گفته شده است که از راه مبارزه با کِرم موجد این مرض و حشرهٔ ناقل آن نتایج رضایت‌بخشی به دست آمده است. آنها اعلام کردند که طُرُق مبارزه با این دو عامل پیدا شده است. مثلاً در لئوپولدویلِ کنگو با هواپیما شهر و اطراف آن با د.د.ت سم‌پاشی گردید تا حشرهٔ ناقل بیماری از بین برود. در کودرا واقع در گینه آب رودخانه‌ای که این حشره در آن تخم‌گذاری می‌کرد با حشره‌کش مخلوط گردید و نسل این حشره ریشه‌کن شد. به طوری که تا هفت سال پس از اجرای این طرح حشرهٔ مزبور دیده نشد. آماری که پس از انجام این امر گرفته شد، نشان می‌دهد که در بچه‌های کمتر از ۴ سال تعداد مبتلایان از هفت درصد به پنج درصد و در بچه‌ها بین ۴ تا ۸ سال از ۳۷ درصد به ۵ درصد و کمتر و در افراد بالغ از ۷۰ درصد به ۵۰ درصد کاهش یافته است.

آب سیاه و آب مروارید امراضی هستند که پس از پا به سن گذاردن بروز می‌کنند و لذا این دو مرض در کشورهایی که سایر امراض چشم را ریشه‌کن کرده‌اند بیشتر جلب توجه می‌نماید. آب سیاه مسئول ۱۴ درصد کوری‌های هر دو چشم در انگلستان و ۱۱/۶ درصد کوری‌های هر دو چشم در ایالات متحدهٔ امریکاست. در انگلستان ۱۳۰۰۰ نفر و در امریکا

۳۰۰۰۰ نفر به علت این مرض کور و تعداد به مراتب بیشتری نیز به علت ابتلا به آن دارای دید غیرطبیعی هستند.

در مورد آب سیاه باید مطالعات بیشتری انجام بگیرد. ولی یک نفر مسئول امر می‌گوید:

«با وجود اینکه علت بروز این بیماری برای ما مجهول است، طُرُقی برای جلوگیری از آن وجود دارد و اگر این بیماری در مراحل ابتدایی تشخیص داده شود، اکثر قابل علاج و یا قابل جلوگیری از پیشرفت است.»

انستیتوی ملی رسیدگی به کوری در کانادا اعلام کرد که حداقل ۱/۱۰ کسانی که از این مرض کور شده‌اند، اگر در اوایل پیدایش بیماری در چشم‌هایشان به دکتر مراجعه می‌کردند، امکان داشت جلو پیشرفت را گرفت.

بیشتر انواع آب مروارید را می‌توان با عمل جراحی درمان کرد. مداوای این مرض با اشکالات زیاد همراه است. لذا موضوعی که باید اکنون مورد نظر قرار گیرد، این است که با سرویس‌های پزشکی مرتب از پیشرفت آن جلوگیری به عمل آورد. وجود تعداد لازم چشم پزشک می‌تواند از بروز فشار زیاد کوری جلوگیری کند. در بعضی از بیمارستان‌های هندوستان عملیات جراحی در این مورد به طور زنجیری انجام گرفته و در روز تعداد زیادی بیمار را می‌توان تحت عمل جراحی قرار داد. تعجب خواهید کرد اگر بگویم که یکی از بزرگ‌ترین متخصّصین چشم یعنی دکتر «ساهانری» هلندی در عرض پنجاه سال، صد هزار عمل آب مروارید چشم انجام داده است.

بدیهی است که سایر امراض چشم را نیز می‌توان معالجه کرد و تعداد کسانی که خطر کوری آنها را تهدید می‌کند کم نمود، راه عمل پیدا شده و آزمایش نیز گردیده است. متخصّصین سازمان بهداشت جهانی در سراسر دنیا با همکاری متخصّصین محلی مشغول مطالعه و بررسی بیماری‌های گوناگون چشم و روش‌های معالجه و جلوگیری از آنها هستند و نتایج کار خود را به مرکز چشم پزشکی و سازمان گزارش می‌دهند و سازمان بهداشت جهانی هم نتایج حاصله را در اختیار ۱۹۷ کشور عضو خود می‌گذارد.

در حدود ۶۰۱ میلیون نفر در سراسر دنیا مبتلا به کوری هستند و اگر بخواهیم جلو

این بلای خانمانسوز را بگیریم باید همه با هم به ریشه‌کن کردن آن بپردازیم و لازمهٔ اجرای این برنامهٔ عظیم پول بیشتر، افراد کار آزموده و وسایل بیشتر است.

چه کنیم دچار ورم معده و زخم معده نشویم؟

نخست اجازه بدهید با یکدیگر این نکته را مورد توجه قرار دهیم که چرا این قدر ناراحتی‌های معده و دستگاه هضم زیاد است. چرا به هر کس می‌رسیم از درد معده، نفخ شکم و یا یبوست شکایت دارد.

آنچه می‌توان از نظر علمی و دانش پزشکی گفت، این است که دستگاه گوارش دائم در کار و فعالیت است و به طور مسلم نمی‌توانیم در معده را ببندیم و مدتی از خوردن اجتناب کنیم. به فرض که یک هفته از خوردن خودداری کردیم، تردید نیست که دستگاه هاضمه به علت فعالیت طبیعی که در دفع مواد زائد و جذب مواد غذایی و خوراکی دارد، دائم در تحریک بوده و حرکات مخصوص به خود دارد. بدین جهت لازم است از بیماری و تورم حتی زخم شدن آن جلوگیری و پیشگیری نمود و در پی درمان برآمد.

نکته‌ای که ما در این بررسی علمی مورد دقت و توجه قرار خواهیم داد این است که چرا بیماری‌های دستگاه گوارش اخیراً در ایران زیاد شده است.

آیا علت ازدیاد این بیماری‌ها فساد مواد غذایی یا ازدیاد تقلب در مواد غذایی است...؟ آیا به علت مصرف مواد غذایی و آشامیدنی که در اثر تبلیغات مصرف زیادی پیدا کرده است...؟ آیا هیجانات عصبی و یا تحریکات گوناگون زندگی و یا سر و صدا موجب این بیماری‌ها شده است؟ آیا عوامل میکروبی با زمینه‌های بیماری‌زا و یا پیشرفت تمدن و یا آلودگی هوا موجب ناراحتی و بیماری‌های مختلف دستگاه گوارش گردیده است؟

زیبایی، سلامتی، نشاط شما بستگی به خوب کار کردن دستگاه گوارش شما دارد. شما که هر روز می‌شنوید و یا خودتان از دل درد و سوء هاضمه شکایت دارید، آیا می‌دانید چه باید بکنید؟ آیا می‌دانید چه چیزهایی باید بخورید؟ چندی پیش در محفلی که یک عده از پزشکان متخصص بودند، صحبت از این به میان آمد که مردم کشور ما خیلی پیرو مد هستند و یا خدای نکرده زود تقلید می‌کنند. مدتی بود در ایران ملاس

سیاه و امثال آن مد شده بود و هر کس برای تقویت خود از ملاس سیاه و مخمر آبجو یا چیزهایی نظیر اینها میل می‌نمود، بدون توجه به اصول تغذیه و یا سلامتی دستگاه هضم. نتیجه این شد که هفتاد تا نود درصد آنهایی که از این دستورات و تقویت‌های بی‌مورد پیروی نموده بودند، دچار گاستریت و ورم معده و بالأخره زخم معده گردیدند. این آمار نتیجهٔ مطالعهٔ یک عده از پزشکان دانشمند بود. حالا مد تازه‌ای در کشور ما رواج یافته و روز به روز زیادتر می‌شود. این نوشیدن نوشابه‌های گازدار توأم با اسانس‌های مختلف است. گذشته از آنکه اسانس این نوشابه‌ها روی معده و کبد اثری نامطلوب می‌گذارد، خود آب‌های گازدار گرچه در اول در هضم غذا کمک می‌نماید، ولی بعد باعث اتّساع و ورم معده و إثناعشر می‌گردد. حال اگر شما خوب توجه کنید به طور حتم یکی از کسانتان بر اثر خوردن این نوشابه‌ها دچار ناراحتی معده و دستگاه هاضمه شده و باز هم ادامه می‌دهد این را جز به مدپرستی، به چه چیز می‌شود تعبیر کرد؟ اصول اولیهٔ تقویت، سلامتی است. وقتی که دستگاه‌های بدن خوب و مرتب بود، طبیعی است که ضعف و سستی وجود نخواهد داشت و هنگامی که انسان ناراحتی نداشت و سلامتی و نشاط او تأمین شد، احتیاجی به تقویت ندارد.

من به تبلیغات و توجهی که در مورد این نوع مواد می‌شود کاری ندارم، نظر من دقت در بهداشت هضم و سلامت بدن است. هرکس می‌تواند سلامتی خود و دستگاه گوارش خود را تأمین کند. چه به طور حتم انسان زنده نیازمند دستگاه گوارش خوب و سالم است. قبل از شروع به راهنمایی چند نکته را لازم است یادآور شویم. به طور کلی از خوردن نوشابه‌های پُر گاز و اسانس‌دار حتی‌الامکان خودداری یا به مقدار خیلی کم مصرف نمایید. بد نیست یادآور شویم که در کشورهای پیشرفته که تمدن جدید و امروز را ما از آنها اقتباس کرده‌ایم، در آنجاها که هر روز راه بهتری برای سلامتی و طول عمر بشر پیدا می‌کنند، شما کمتر می‌بینید مانند کشور ما و سایر کشورهای آسیا و خاورمیانه این قدر نوشابهٔ گازدار مصرف نمایند. لابد می‌پرسید که این مواد و نوشابه‌ها از آنجا به ایران آمده است. درست است اما دستگاه‌های بهداشتی و مردم آنجا راه سلامت و نشاط را به خوبی می‌دانند و در تأمین آن کوشا هستند. بالنتیجه در خوردن و نوشیدن این مواد

امساک می‌نمایند.

اصولاً بد نیست شما به ساختار معده و روده و کبد آشنا شوید تا کم‌کم با توجه به وضع تغذیه، راهی که سلامتی، نشاط و زیبایی شما در آن است بیابید. بی‌مناسبت نیست اگر بدانید وقتی که معده نتواند به خوبی مواد غذایی را به شیرهٔ خود آغشته و وارد روده نماید و یا به علت ورم و اتّساع، غذایی در معده باقی بماند، این مواد فرمانته (تخمیر) می‌گردد. در نتیجه تولید گاز نموده باعث سنگینی و کسالت شما شده و سبب خستگی و خواب‌آلودگی می‌گردد و یا به واسطهٔ زیادی اسید معدی باعث ترش کردن می‌شود. این ناراحتی‌ها گذشته از فشاری که به قلب می‌آورد اثری نامطلوب در روحیه و قیافهٔ شخص می‌گذارد که منجر به حالت پژمردگی و خستگی و عدم تندرستی می‌گردد. نشاط در نتیجهٔ سلامتی و خوبی دستگاه‌های هضم بدن تأمین می‌گردد. حال اگر یکی از این قسمت‌ها به عللی نتواند وظیفهٔ خود را آن طور که شایسته است انجام دهد، بدیهی است تأثیر نامطلوب آن که ناراحتی و ناسلامتی است، در قیافه منعکس گشته، ملال و شکستگی در چهره تولید می‌کند.

آمار روز افزون بیماری‌های جهاز هضم یا معده و روده معلوم می‌دارد پیش از پانزده درصد مردم دچار زخم معده و یا ورم معده و اِثناعشر هستند. این مسئله نه تنها از لحاظ فردی و شخصی حائز اهمیت به نظر می‌رسد، بلکه از نظر اجتماعی و وضع زندگی جامعهٔ ما در خور کمال توجه و دقت است.

مصرف مواد غذایی و آشامیدنی که بر اثر تبلیغات مصرف زیادی پیدا کرده است، یکی از علت‌های این گونه بیماری‌هاست که ذکر شد.

اما علت‌های دیگر:

۱ـ عدم رعایت بهداشت مواد غذایی یا به عبارت دیگر مصرف مواد غذایی فاسد و آلوده به میکروب.

به نظر ما این مطلب به خوبی واضح و ثابت شده است. مواد غذایی فاسد و یا تقلبی یکی از علل ازدیاد و شیوع بیماری‌های دستگاه گوارش هستند. هر مادهٔ غذایی که وارد بدن می‌شود، پس از آنکه به شیرهٔ معده آغشته گردید وارد روده می‌شود.

اگر این مواد غذایی دارای ترکیبات مضر یا فاسد و یا ماده‌ای هضم نشدنی باشد، کار معده و روده را زیاد می‌کند که چون نمی‌توانند آن ماده را قابل هضم و جذب سازند، بر ترشحات خود افزوده، سعی می‌کنند آن را به هر صورت شده هضم نموده و یا دفع سازند. این است که در این گونه موارد شخص احساس درد در شکم می‌نماید و گاهی اسهال دیده می‌شود. البته ناراحتی و عوارض حاصله بستگی به شدت مادهٔ فاسد دارد. چنانچه به صورتی جذب گردید، چون ممکن است در خون تولید عوارض ناگواری نماید، کبد به فعالیت خود برای دفع سم و مادهٔ فاسد می‌افزاید و با ترشحات خود به تولید ضد آن مادهٔ سمی می‌کوشد تا از اثر نامطلوب آن در خون و سایر قسمت‌های بدن جلوگیری نماید. واضح است چنانچه مصرف این گونه مواد چند بار در غذای روزمرهٔ ما تکرار گردد، عوارضی نامطلوب را سبب می‌شود که به تدریج موجب تورم معده و روده و خرابی سلول‌های جدار معده و روده و اِثناعشر می‌گردد و بر اثر فشاری که به کبد می‌آید موجب بزرگی آن می‌شود. پس باید گفت یکی از علل شیوع بیماری دستگاه گوارش زیاد شدن مواد تقلبی و فاسد در اغذیهٔ عمومی است.

آلودگی هر مادهٔ غذایی به میکروب موجب بیماری و سبب امراض گوناگون می‌گردد. مواد غذایی که بایستی تأمین سلامتی و انرژی کافی برای ادامهٔ حیات و فعالیت روزانه نماید، اگر ناپاک بوده و رعایت اصول بهداشت و نظافت در آن نشود، ممکن است موجب بیماری و یا انتقال امراض گردد.

این مواد به علت آلودگی در دستگاه هضم اثر نموده موجب تورم و یا زخم و عفونت و بیماری می‌گردد. مانند موادی که به میکروب حصبه و یا آمیب دیسانتری و یا انگل‌های روده آلوده باشند.

بحث علل ایجاد بیماری‌های دستگاه گوارش و بررسی علمی و تحقیقی دانشمندان و پزشکان متخصص ایرانی در وضع تغذیه و زندگی کنونی اجتماع ما راهی است که به سلامتی جامعه منتهی شود و ضرورت دارد که این بررسی‌ها به هر صورت که ممکن است انتشار یافته تا همه از علل ازدیاد این نوع بیماری‌ها آگاه گردند.

۲ـ هیجان‌ها و یا تحریکات گوناگون زندگی و یا سر و صدا

موضوع هیجان و نگرانی خاطر و عصبانیت امروز فصلی بزرگ و بحثی جالب در رشتهٔ بیماری‌های جهاز هضم باز نموده و باید دانست که این بحث یک مسئلهٔ اختصاصی ایران و مملکت ما نیست. این یک موضوع روز در تمام دنیاست و دانشمندان و متخصّصین مختلف در کشورهای پیشرفته به این بررسی محققانه پرداخته‌اند و می‌کوشند راهی بیابند که بشر قرن بیستم را از هیجانات عصبی و تحریک‌های گوناگون برکنار دارند، یا حداقل کاری کنند که دستگاه‌های مختلف بدن به خصوص دستگاه هضم که رکن اساسی سلامت است از تأثّرات گوناگون عصبی و هیجان‌های روحی دور بماند.

گردهمایی‌ها، مطالب و نظریات گوناگون حتی مباحثات علمی و پُر ارزشی در میان دانشمندان و پزشکان متخصّص به وجود آورده است؛ عقاید و دلایل مفصلی که ثابت می‌دارد یکی از علل شیوع این بیماری‌ها و حتی سوء هضم‌ها ناراحتی‌های عصبی است. از نظریات پزشکان ممالک مختلف چنین نتیجه گرفته می‌شود که تأثیر عوامل عصبی و روحی در ایجاد سوء هضم به قدری زیاد است که حتی بعضی پا را جلوتر نهاده و تمام سوء هضم‌ها را تحت عنوان سوء هضم عصبی نامیده‌اند.

در این موضوع شکی نیست که بیماران عصبانی به سهولت دچار سوء هضم می‌شوند و نیز سوء هضم هم به نوبهٔ خود عصبانیت را تشدید می‌کند و به همین جهت است که مبتلایان به سوء هضم مزمن و زخم معده و اِثناعشر کم‌کم دچار ضعف عصبی و نگرانی خاطر و بالأخره حالت مالیخولیایی می‌گردند.

نکتهٔ جالبی که در فرانسه مشاهده نمودم این بود که دانشمند بزرگ و متخصّص با ارزش دستگاه گوارش، پروفسور «گوتمن» معتقد بود هرگاه مردی دچار زخم معده و یا سوء هاضمه است عامل این بیماری را در خانمش و چنانچه خانمی دچار بود در شوهرش باید جستجو کرد. زیرا به طور یقین تحریکات عصبی و شکهای روحی که در زندگی به وجود می‌آید ایجاد ناراحتی دستگاه گوارش نموده، به تدریج موجب زخم معده و یا سوء هضم می‌گردد. نیز باید دانست در بعضی بیماران حساسیت عصبی باعث می‌شود که بیمار از ترس درد از غذای خود بکاهد. در نتیجه به مرور لاغر و ضعیف گشته و همین لاغری و ضعف مفرط سبب سقوط معده و یا ورم کبد یا روده می‌گردد.

بدین ترتیب سندرم یا علامت گوارشی آنان که ابتدا غیر عضوی و عصبی بود، به تدریج عضوی نیز می‌گردد و واضح است که درمان مشکل‌تر و ناراحتی بیشتری خواهد داشت.

اجازه بفرمایید به تفصیل علل عصبی و تحریکات روحی را در ایران مورد بررسی و تحقیق قرار دهیم. این حقیقتی انکارناپذیر است که وضع تمدن و پیشرفت تکنیک نه تنها در ایران بلکه در تمام دنیا وضع روحی و عصبی مردم را دگرگون ساخته و سبب ایجاد تحریک و شتابزدگی گردیده است. زندگی گذشتهٔ ما با امروز بسیار تفاوت کرده است. اگر پدران ما در گذشته به علت وضع خاص زندگی از آرامش و آسایش برخوردار بوده‌اند، امروز امکان آن آسایش و زندگی درویشانه نخواهد بود. گذشته از آن وجود وسایل موتوری و ایجاد کارخانجات که شرط تمدن و زندگی ماشینی کنونی است، خود به خود تولید سر و صدا نموده و بدون آنکه ما توجه داشته باشیم بر اعصاب ما اثر نموده، موجب حساسیت بیش از حدّ می‌گردد و این حساسیت است که جهاز گوارش ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نکتهٔ دیگر اینکه زندگی روزمرهٔ امروز لزوم تماس با ادارات و دستگاه‌های مختلف را باعث می‌شود که متأسفانه به جای راحتی و پیشرفت امور مردم موجب رکود و ناراحتی و عصبانیت می‌گردد و خود از علل مسلم تحریکات عصبی و ایجاد بیماری‌های دستگاه گوارش است. نباید فراموش کرد که برخورد نامناسب مراجعین با مأمورین یا بالعکس در هر دو طرف اثرات نامطلوب به جای گذارده و هنگامی که کارمندی به خانه باز می‌گردد، دچار خستگی اعصاب و ناراحتی روحی است و همچنین مردم که از مراجعهٔ به دستگاه‌های مختلف ناراحت و ناخشنود به منزل خود بازگشته‌اند. ما بارها برای حل این موضوع کوشیده و از دولت‌ها و وزیران و مسئولین دستگاه‌های مختلف خواسته‌ایم که به کارمندان و مأمورین خود یادآور شوند که با مردم با ملایمت و صمیمیت برخورد نمایند. نه فقط به خاطر مردم لااقل به خاطر حفظ سلامت اعصاب خود چنین کنند.

مسائلی که بروز هیجان و عصبانیت را در ایران زیاد می‌نماید بسیار است. ما به طور اختصار به چند نکتهٔ آن اشاره نمودیم. ولی باید گفت در ایجاد آرامش که موجب سعادت

است، همه باید دست به دست یکدیگر بدهیم، چه با اهمال در این امر خودتان را دستخوش رنج و بیماری می‌گردانید. باید دانست که گذشته از علل عصبی و یا حساسیت روحی که موجب بیماری در دستگاه گوارش می‌گردد، بعضی از بیماری‌های مشخص عصبی یا روحی نیز باعث سوء هضم می‌شود؛ از قبیل، سوء هضمی که در تابس و تورمورهای مغز بروز می‌کند. از نظر درمانی نیز بایستی پزشک معالج توجه داشته باشد که در ایجاد سوء هضم‌هایی که به علل عصبی و روحی ایجاد می‌شود، اختلال سلسله اعصاب اگوسمپاتیک نقش بسزایی دارد و تعیین نوع این اختلال به درمان بیماری کمک مؤثری می‌نماید.

۳ـ نظافت و رعایت بهداشت در مواد غذایی

این نکته را قبلاً نیز یادآور شدیم و خوشبختانه مسئلهٔ نظافت از اصولی است که مذهب ما نیز به اجرای آن فرمان داده است.

۴ـ نجویدن مواد غذایی به قدر کافی

برای سلامتی و تأمین قوای زندگی، طبیعت بشر راهی بس شگفت‌انگیز و جالب ایجاد کرده که شرایط خاصی را داراست. دهان که اولین مدخل و گیرندهٔ مواد غذایی به شمار می‌رود، گذشته از اختصاصات مربوط به خود مانند حرف زدن و خندیدن، دارای موهبتی بس عظیم است. یکی از لذت‌های زندگی انسان، آن انسانی که ماه را تسخیر کرده و خیال عزیمت به کرات دیگر را دارد خوردن اغذیه است. حس چشایی یا ذائقه، رکن اساسی این لذت، گذشته از آنکه موجب تحریک شده، میل شخصی را به مواد خوراکی و تأمین سلامت برمی‌انگیزد و لذتی وصف‌ناپذیر ایجاد می‌کند. علاوه بر آن مرکز کنترل و مرز بدن است که از دخول مواد مضر به هر صورت باشد، تا حدی جلوگیری می‌نماید. حتماً بارها برایتان اتفاق افتاده که به خاطر طعم بد غذایی آن را از دهان خارج نموده‌اید یا مو و تیغی را نگذارده‌اید که از گلو رد شده، وارد بدن گردد. دهان با اختصاصاتی که ذکر شد، ضمن ایجاد انگیزهٔ لذت روحی و روانی، مواد غذایی را به ترشحات حل کننده و شیمیایی خود آغشته می‌سازد. نکتهٔ مهم و جالب اینکه هر چه مواد غذایی بیشتر به بزاق دهان آمیخته و بیشتر جویده شود، زودتر و سهل‌تر هضم و

جذب می‌گردد. طبیعی است موادی که خوب به بزاق دهان آغشته نشود و جویده و نرم نگردد، معده و سایر قسمت‌های دستگاه هضم را دچار اخلال می‌کند.

بزاق یا آب دهان دارای ماده‌ای است به نام پتیالین که روی مواد نشاسته‌ای و قندی اثر می‌کند و در هضم آن مواد مؤثّر می‌افتد.

۵ـ بی‌ترتیبی در غذا خوردن

توجه داشتن به ساعت غذاخوردن امری است که در سلامتی و هضم غذا تأثیر مسلم دارد و برای همه تجربه و آزمایش گردیده است. باید دانست که در شخص سالم غذا پس از سه ساعت هضم و از معده خارج می‌گردد. البته در بعضی‌ها تا حدود چهار ساعت به طول می‌انجامد، غیر از اشخاصی که دچار تورم و اتّساع معده باشند. چون ممکن است در چنین اشخاصی حتی بیش از ۲۴ ساعت غذا در معده بماند. واضح است نامنظم بودن ساعات غذا تأثیر بدی در هضم وگوارش دارد. اگر ساعت‌ها معدهٔ شما خالی از غذا باشد و یا اگر هنوز مواد غذایی موجود در معده هضم نشده باشد و دوباره آن را از غذا اشباع کنیم، نمی‌تواند به خوبی در گوارش مواد غذایی و فرستادن آنها به روده‌ها موفق گردد. به تدریج معده خسته می‌شود و فشار بر آن موجب اتّساع و تورم گشته، وضعی پیدا می‌کند که سرانجام آن بیماری است.

۶ـ پُرخوری و افراط در آشامیدنی‌ها

دانستن اینکه معدهٔ انسان دارای حد و گنجایش مخصوص است و اینکه بیش از ظرفیت و گنجایش خود نمی‌تواند مواد غذایی را بپذیرد، شرط اصلی سلامتی و کمال عقل است. طبیعی است اشخاصی که بدون رعایت این اصل پُرخوری نموده و حتی رعایت نظم و ترتیبی را نمی‌نمایند، خود را دچار تورم معده می‌نمایند. نیز وقتی که بیش از حد لزوم در مصرف آشامیدنی‌ها و مواد آبکی زیاده‌روی شود، نه‌تنها موجب سوء هضم می‌گردد و شخص خود را دچار بیماری‌های روده و دوازدهه می‌نماید، که به کفارهٔ این پُرخوری‌ها و افراط مدت‌ها باید در خوردن و آشامیدن امساک نموده، رژیم خاصی را رعایت نماید.

۷ـ زیاده‌روی در مصرف داروهای اشتهاآور و ادویه‌ها و یا محرّکات غذایی

مصرف مواد محرک و اشتهاآور چون ترشی و خردل همان اندازه که موجب لذت و تحریک و هضم غذا می‌گردد، زیاده‌روی و خوردن مداوم آنها باعث ناراحتی دستگاه هضم گشته و به خصوص تأثیر نامطلوبی در روی غدد مترشحهٔ دستگاه گوارش چون معده و اثناعشر دارد.

گذشته از آن، زیادی این مواد موجب اشتهای کاذب و پُرخوری می‌شود که غذا به خوبی هضم نمی‌شود و باعث سوء هضم و یا عوارضی نظیر آن می‌گردد.

۸ـ خوردن مواد مختلف (تنقّلات) در فواصل غذاها

همین طور که قبلاً گفتیم بی‌ترتیبی در غذا خوردن و صرف مواد غذایی و آشامیدنی اثر نامطلوب روی معده می‌گذارد، در فواصل غذا صرف مواد خوراکی و انباشته کردن معده از مواد مختلف و دیر هضم مانند تخمه، پسته، شیرینی و سایر تنقّلات وضع سلامت و خوب کار کردن معده را مختل نموده، موجب سوء هضم می‌گردد.

۹ـ خوردن غذایی که بد تهیه شده و یا خوب پخته نشده است.

این حقیقت مسلم است که غذایی که خوب پخته نشده، به آسانی هضم نمی‌گردد و نیز غذاهای بسیار چرب و نان‌های خمیر و غذاهایی که حجم زیادی را می‌گیرد مانند آش‌های مختلف، خوردن نان و آبگوشت که در میان بسیاری از خانواده‌های ایرانی معمول است از عوامل بزرگ سوء هضم به شمار می‌رود. شاید بتوان گفت یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد بیماری‌های سوء هضم در بین مردم وطن ما همین مسئله باشد که از غذاهای معمولی و ملی ما آبگوشت و آش است. بسیارند کسانی که تجربه کرده و خودشان اظهار می‌دارند، وقتی چنین غذاهایی تناول می‌کنند دچار ناراحتی و بیماری می‌گردند.

۱۰ـ اجبار به خوردن غذاهایی که مورد پسند شخص نباشد.

اشتها به غذایی همان اندازه که لذت بخش و خوشی‌آور است، در تحریک ترشحات بزاق مُؤثّر است و نیز موجب ترشح مواد هضم کننده در معده می‌گردد و به واسطهٔ این تحریکات و ترشحات است که هضم و جذب آن مادهٔ غذایی ممکن می‌گردد. این امر یک هیجان یا واکنش اکتسابی و روانی است که بر اثر مرور زمان و وجود طعم آن ماده یا علل

تحریکی روانی دیگر نسبت به غذا و بعضی مواد خوراکی در انسان ایجاد می‌گردد. حال اگر برخلاف این وضعیت روانی عدم اشتها یا بی‌میلی شدید نسبت به ماده‌ای و یا خوراکی در کسی ایجاد شود، نه تنها هضم نمی‌شود، بلکه باعث تحریکات خلاف خواهد گردید. حتی گاهی اوقات معده و دستگاه گوارش برای دفع چنین ماده‌ای به حالت انقباض و فشار درآمده باعث استفراغ می‌گردند. چنین حالتی در هنگام صرف مواد سمی و مسموم کننده نیز پیش می‌آید. این نوع تحریکات بیماری ورم معده یا سوء هضم و بالأخره زخم معده یا اِثناعشر را باعث می‌شوند.

۱۱ـ صرف مواد سمی مانند الکل و تریاک

بسیاری از اشخاص اعتیاد به الکل دارند یا بر اثر اعتیاد به مواد مخدر گاهی آن مواد را به صورت خوراکی مورد استفاده قرار می‌دهند و یا بعضی داروهای شیمیایی مانند آسپرین. درست است که این مواد در ظاهر امر به علت بی‌اشتهایی باعث تحریکات نمی‌شوند؛ ولی، اگر بدانیم که نسج معده و دستگاه گوارش چه قدر حساس و ظریف است، آن وقت به اثر مداوم و تحریکی الکل بر روی آن پی می‌بریم. بی‌شک موضوع دیگر اینکه الکل و بعضی از این مواد موجب اشتهای کاذب گشته و عوامل گذشته را موجب می‌شوند.

۱۲ـ کم حرکتی و انزوا و عدم ورزش و تمرینات بدنی

حرکت و ورزش کردن همان گونه که فعالیت عضلات و سوخت و ساز بدن را زیاد کرده، در دفع سموم مُؤثّر است، در فعالیت غدد مترشحهٔ دستگاه گوارش تأثیر دارد و فعالیت غددی را همراه فعالیت عضلانی در تنظیم و جذب مواد غذایی تشدید می‌نماید. این است که امروز ورزش و یا پیاده‌روی را برای همه کس ضروری می‌دانند. باید توجه داشت که گاهی در بیماران مبتلا به زخم معده یا ورم معده توصیه می‌شود که بعد از غذا استراحت کنند؛ نباید با اشخاص سالم و توصیه‌ای که به آنان می‌شود، اشتباه کرد.

۱۳ـ اشتغال به کارهای جسمی بلافاصله پس از صرف غذا

با وجودی که می‌دانیم ورزش و حرکت در سلامتی تأثیر نیکویی دارد، باید دانست بلافاصله بعد از صرف غذا اشتغال به ورزش و یا سایر حرکات شدید نه تنها فعالیت دستگاه هاضمه را فلج می‌کند، بلکه جریان خون راکه بایستی متوجه معده و روده باشد،

از وظیفه و راه خود بازمی‌دارد. در نتیجه غددی که مادهٔ اولیهٔ ترشحی خود را از خون دریافت می‌کنند، از کار بازمانده نمی‌توانند به قدر کافی وظایف خطیر خود را در هضم و جذب مواد غذایی انجام دهند.

۱۴ـ وضع نشستن

وضع قرار گرفتن بعضی از دانش آموزان و بعضی از پیشه‌وران مانند خیاط و کفش‌دوز نیز در ایجاد بیماری‌های معده تأثیر دارد.

۱۵ـ تغییرات شکل ستون فقرات

بارها دیده شده تغییراتی که در ستون مهره‌ها به علت بیماری راشیتیسم و پوت ایجاد می‌شود، در دستگاه گوارش به خصوص معده اثر نامطلوب دارد.

۱۶ـ عوامل مرضی

علاوه بر بیماری‌های خود معده که ممکن است باعث تورم و زخم معده گردد، غالب بیماری‌های دستگاه‌های دیگر بدن در ایجاد زخم و تورم معده دخالت دارد و به همین جهت گاهی اوقات برای یافتن علت زخم معده باید تمام دستگاه‌های مختلف بدن را عضو به عضو مورد بررسی قرار داده و از آزمایشگاه و وسایل دیگر پاراکلینیکی مانند پرتوشناسی و گاستروسکوپی نیز استفاده نمود.

بیماری معده

مهمترین بیماری‌های معده که ممکن است با زخم معده آغاز شود یا مدت‌ها بدین شکل ادامه یابد بدین قرار است:

سرطان معده

- موضوع سرطان و فعالیتی که دنیای امروز جهت شناسایی علل و درمان آن می‌نماید، مبحثی بزرگ و پرارزش است. امیدوارم در فرصت مناسب گزارشی که دانشمندان جهان در این مورد به مجامع علمی داده‌اند مورد بحث قرار دهیم.
- گاستریت‌های مختلف مانند مشروب‌خواران و گاستریتی که معتادان به مواد مخدر با خوردن تریاک و نظایر آن دچار می‌شوند.

- پایین افتادگی و اتّساع معده.
- پری‌گاستریت.

بیماری‌های دیگر دستگاه گوارش

- آپاندیسیت مزمن یکی از مهمترین عوامل زخم معده به شمار می‌رود. هر بیماری که از اختلالات گوارشی مبهم و نامشخصی شکایت دارد و معالجات مختلف در او بی‌تأثیر بوده است باید توسط پزشک مجرّب و کاردان از نظر آپاندیسیت مزمن مورد معاینه قرار گیرد و برای این منظور باید معاینات بالینی کامل و امتحان پرتوشناسی دقیق و آزمایشگاهی متعدد به عمل آورد.
- فتق اپی گاستر و فتق‌های دیگر.
- کوله‌سیستیت مزمن (التهاب کیسهٔ صفرا) و سنگ مجاری صفراوی ـ این دو بیماری نیز از علل بسیار شایع زخم معده به شمار می‌رود. بنابراین برای کامل شدن آزمایش حتماً باید از کیسهٔ صفرای بیمار عکس‌برداری نمود و در صورت لزوم این عکس‌برداری را تکرار کرد.
- بیماری‌های مزمن کبد مخصوصاً سیروزها و بعضی از بیماری‌های حاد کبد.
- پانکراتیت مزمن.
- آنتروکولون مزمن و دولیکولون (طویلی کولون) و مگا کولون (بازشدن رودهٔ بزرگ).
- انگل‌های روده مانند تنیا و آسکاریس و کِرمَک و نظایر آن را نباید فراموش کرد. در کشور ما که خوشبختانه چند سالی است از نعمت لوله کشی و آب تصفیه شده برخوردار شده‌ایم، هنوز لااقل ۹۰ درصد دچار انگل‌های روده هستند. گذشته از آب، سبزیجات و میوه‌های آلوده نیز در انتشار این بیماری و انگل نقش مهمی را بازی می‌کنند؛ ولی، به نظر اینجانب این انگل‌ها نمی‌توانند ایجاد زخم نمایند، بلکه موجب ناراحتی‌ها و سوء هضم‌ها می‌شوند.

بیماری‌هایی هستند که موجب آزار یا عوارضی در دستگاه‌های دیگر بدن به خصوص معده می‌گردند؛ گرچه در ایجاد زخم معده آن قدرها تأثیر ندارند ولی از نظر آشنایی

پزشکان محترم و خوانندگان گرامی به بحث دربارهٔ آنها می‌پردازیم:

الف ـ بیماری‌های دستگاه تناسلی در بانوان.

در زنان آماس زهدان و تخمدان‌ها، سالپنژیت و مخصوصاً برگشتگی رحم به عقب، گذشته از آنکه ایجاد سوء هضم می‌نماید ممکن است باعث زخم معده گردد. فیبروم زهدان و کیست تخمدان نیز ممکن است سبب بیماری‌های معده گردد و نیز باید توجه داشت که در بانوان دوران قاعدگی و همچنین آبستنی و یائسگی در بروز یا استعداد به زخم معده دخالت داشته و تأثیر می‌نماید.

ب ـ بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار.

پایین افتادگی کلیه، نفریت‌های مزمن، هیپرتروفی (بزرگ‌شدن) پروستات و تنگی مجرا گاهی ایجاد عوارضی شبیه علائم زخم معده می‌نماید. گاهی ابتدا اورمی به وجود می‌آید و سپس اختلالات گوارشی که ناشی از این اورمی است بروز می‌کند. باید در نظر داشت که اهمیت اختلالات کلیه در سوء هضم سالمندان بسیار زیاد است و پیوسته پزشکان حاذق این موضوع را از نظر دور نداشته و مورد توجه دقیق قرار می‌دهند.

ج ـ بیماری‌های مزاجی

بیماران فربه یا مبتلایان به دیابت و نقرس نیز گاهی دچار زخم معده می‌شوند.

د ـ آویتامینوزها

فقدان یا نقصان ویتامین‌های مختلف بدن به خصوص ویتامین‌های B_1، B_2، PP و C در ایجاد و تشدید بیماری‌های معده مؤثر است.

هـ ـ مسمومیت‌ها

مسمومیت‌های غذایی که امروز زیاد دیده می‌شود و در گذشته در این مورد به تفصیل سخن گفته‌ایم. مسمومیت‌های مزمن مانند الکل و اعتیاد به تریاک و سیگار نیز بی‌تأثیر نیست.

و ـ بیماری‌های قلب

زخم معده و سوء هضم گاهی از علائم بالینی نارسایی شدید قلب است و چنانکه بیان خواهیم داشت زخم معده نیز به نوبهٔ خود قلب را آزار می‌دهد و موجب تشدید بیماری قلب می‌شود.

ز ـ بیماری‌های خون

کم خونی‌ها به خصوص کم‌خونی خطرناک (بیرمه) با اختلالات شدید دستگاه گوارش همراه است و گاهی ممکن است از علل ایجاد بیماری‌های معده باشد.

ح ـ بیماری‌های غدد مترشح داخلی

بعضی از بیماری‌های غدد داخلی مانند تیروئید یا تخمدان نیز ممکن است تأثیر داشته باشد.

ط ـ بیماری‌های آلرژیک

مبحث جدیدی که امروز دانش پزشکی با آن رو به روست موضوع حساسیت و آلرژیک است و علم طب توانسته خیلی از بیماری‌هایی راکه تاکنون از علل و حتی توجیه آن عاجز بود، با شناسایی و روشن شدن موضوع آلرژیک توجیه نموده، مشخص سازد. امروز مسلم شده گاهی تورم و زخم معده در نتیجهٔ حالت آنافیلاکسی و آلرژی تولید می‌شود. بدین لحاظ پزشکان متخصّص نباید در درمان بیماری هیچ‌گاه این موضوع را فراموش کنند. به خصوص که عده‌ای معتقدند که آلرژیک بیش از حدّ در ایجاد تورم و زخم معده مُؤثّر است و پایهٔ درمانی خود را به روی آن استوار می‌سازند.

چرکین بودن ادرار

وجود چرک و کدر بودن پیشاب یکی از علائمی است که باید حائز اهمیت شمرد و قبل از هر آزمایش دیگر دستگاه ادراری باید آن را تجسّس نمود. همان طور که در بررسی سایر بیماری‌های کلیوی نیز تذکر داده شد، نخست باید تشخیص افتراقیش را از سایر عوارضی که بدون وجود چرک موجب کدورت پیشاب‌اند، روشن نمود و سپس مشخصات آن را مطالعه کرد تا آنکه تشخیص منشأ بروز چرک و علت حقیقی آن آسان و میسر گردد.

تشخیص افتراقی پیشاب‌های چرکین

اولاً برای موفقیت در این کار باید پیشاب بیمار را بلافاصله بعد از ادرار کردن مشاهده نمود. زیرا عموم ادرارهای محتوی چرک هنگام خروج از مجرا کدر هستند.

ثانیاً باید دانست که در موارد دیگر نیز که شرح داده می‌شوند رنگ ادرار کدر و شبیه به پیشاب‌های چرکین خواهد بود.

الف ـ اگر پیشاب بیماری قلیایی و یا خنثی باشد، مقداری از فسفات‌ها و کربنات‌های محتوی در آن غیرمحلول باقی می‌ماند و موجب کدورت رنگش می‌گردد.

ب ـ اگر پیشاب بیماری خیلی قلیایی و یا خیلی اسیدی باشد مقداری از املاح اسید اوریک آن غیر محلول باقی مانده، علاوه بر رسوبی که می‌سازند منظرهٔ پیشاب را نیز کدر می‌نمایند.

ج ـ نزد بیمارانی که مبتلا به دفع میکروب از راه پیشاب‌اند، باز هم رنگ ادرار کدر شده و شفافیت خود را از دست می‌دهد.

د ـ بالأخره بیماران مبتلا به دفع شیل (شیرابه) از راه پیشاب نیز رنگ ادرارشان کدر و تقریباً شبیه به شیر است.

آزمایش شیمیایی ـ باید دانست که در تمام موارد مزبور یک تجزیهٔ شیمیایی و

آزمایش ذره‌بینی، وجود چرک یا عدم آن را در پیشاب ثابت می‌نماید. اگر مقدار چند سانتی‌متر مکعب از پیشابِ مورد آزمایش را گرفته و چند قطره اسید استیک یک در چهار به آن اضافه کنند، در صورتی که کدورت رنگش به علت وجود فسفات و یا کربناتِ غیر محلول در آن باشد، به فاصلهٔ چند ثانیه صاف و شفاف می‌گردد، و اگر کدورت آن مربوط به وجود املاح غیر محلول اسیداوریک یعنی اورات‌ها باشد، بدین وسیله صاف نمی‌شود. اما اگر پس از اضافه کردن اسید و یا تنها پس از دو برابر کردن آن با آب خالص حرارتش دهند، رنگش باز و روشن خواهد شد. بالأخره اگر به هیچ یک از این وسایل کدورت رنگ پیشاب زائل نگردید، یعنی املاح زائد کربنات فسفات و اورات در آن وجود نداشت، منظرهٔ آن هم شبیه شیر بود و دانه‌ها هم در آن دیده نمی‌شد، یک آزمایش ذره‌بینی وجود باکتری اوری و یا به طور کلی تشخیص پیوری را ثابت خواهد کرد.

آزمایش ریز بینی ـ در آزمایش ریزبینی پیشاب مبتلایان به باکتری اوری مقدار زیادی میکروب دیده، در صورتی که گویچه‌های سفید و سلول‌های چرکی در آن دیده نخواهد شد.

در پیشاب مبتلایان به شیلوری مقدار زیادی لنفوسیت و دانه‌های چرکی جلب توجه می‌نماید. بالأخره در پیشاب مبتلایان به پیوری هم مقدار زیادی لکوسیت دیده می‌شود که عده‌ای از آنها خراب و فاسد شده و عده‌ای دیگر به هم چسبیده‌اند.

خواص پیوری و انواع آن

به طور کلی پیشاب‌های چرکین را به سه دستهٔ مختلف می‌توان تقسیم نمود:

الف ـ پیشاب‌های چرکین محتوی رشته ـ این دسته از پیشاب‌ها نمایندهٔ آماس پیشاب‌راه بوده و (آزمون سه‌ظرفی) و یا به طریقهٔ ولبارست نشان می‌دهد که منشأ پیدایش چرک در کدام یک از دو قسمت مجرای ادرار است.

ب ـ پیشاب‌هایی که یک قسمتشان چرکین است ـ در این مورد اگر پیشاب ظرف اول چرکین و دو ظرف دیگر صاف باشد، منشأ پیدایش چرک مجرای قدامی و یا غدهٔ وزی است و اگر ظرف اول و سوم چرکین و دومی صاف باشد، منشأ بروز چرک تمامی مجرای ادرار و یا غدهٔ وزی خواهد بود.

ج ـ پیشاب‌هایی که تماماً چرکی‌اند ـ این دسته از پیشاب‌ها نمایندهٔ بیماری‌های چرک‌زای مثانه و کلیه بوده و برای تشخیصشان از یکدیگر نکات زیر مورد استفاده می‌باشد:

● اصولاً در بیماری چرک‌زای کلیه مقدار چرک زیادتر و فراوان‌تر از مقدار آن در یک بیماری چرک‌زای مثانه می‌باشد.

● پیشاب‌های چرکین که منشأ پیدایش چرکشان در مثانه است، پس از مدتی که بی‌حرکت بمانند صاف و شفاف شده و تمامی چرکشان ته نشین می‌گردد. در صورتی که پیشاب‌های چرکین کلیوی هر مدت زمانی هم که بمانند، صاف و شفاف نخواهند شد. با این حال، باید دانست که اگر ادرار بیماری در اثر مقدار زیادی از داروهای قلیایی و یا ترکیبات جدید، اسید خود را از دست داده باشد و یا آنکه در اثر شاش‌بند ناقص کمی تخمیر یافته و در نتیجه مقداری از لکوسیت‌ها را در خود حل نموده باشد، به فرض مثانه‌ای بودن چرک، باز هم رنگش صاف و زلال نخواهد گردید.

● در چرک‌های کلیوی اگر مثانهٔ بیماران مبتلا به پیوری کامل را بشویند، به سرعت پاک می‌شود و حال آنکه در چرک‌های مثانه‌ای، چندین سرنگ و گاهی ۶۰ تا ۷۰ سرنگ مایع برای این کار لازم خواهد بود.

● پس از شستن و پاک کردن مثانه، اگر منشأ پیدایش چرک در خود آن باشد، مدت‌ها طول می‌کشد تا رنگ مایع شستشوی محتویش کدر شود، در صورتی که اگر پیشاب چرکین متعلق به کلیه باشد، به سرعت مایع شستشوی درون مثانه راکدر خواهد کرد.

● بالأخره اگر پس از شستشو، مثانهٔ بیمار را سیستوسکوپی کنند، کلیوی بودن و یا مثانه‌ای بودن منشأ بروز چرک به خوبی تشخیص داده خواهد شد.

نشانه‌های دیگر همراه با پیوری ـ گاهی نشانه‌های آماس غدهٔ وزی یا آماس مثانه و یا شاش‌بند مزمن که همراه با پیوری هستند، فکر را متوجه این اعضا می‌نمایند.

گاهی بزرگی کلیه، درد در آن ناحیه و نشانه‌های دیگر توجه را به سوی این عضو جلب می‌کنند. بالأخره گاهی هم که تنها علامت موجود ادرار چرکین باشد در درجهٔ اول به فکر

کلیه‌های بیمار باید بود.

آزمایش‌های لازم - در هر حال اگر با نشانه‌های موجود در بیمار، تشخیص واقعی موضع پیدایش چرک داده نشد و یا نسبت به این تشخیص تردیدی در کار بود، انجام آزمایش‌های دیگری از قبیل عکس‌برداری از دستگاه ادراری، سیستوسکوپی و میل زدن به لوله‌های حالب می‌توانند موجب موفقیت گردند.

تشخیص علت پیوری‌ها

از آنجا که تمام عفونت‌های دستگاه ادراری اعم از پیشاب‌راه، غدهٔ وزی، مثانه، لگنچه و کلیه‌ها می‌توانند مولد بروز چنین علامتی باشند، لذا برای تشخیص علت پیوری‌ها لازم است که شرح حال بیماران را خوب شنید، آنان را معاینهٔ کامل نمود، ادرارشان را از نظر شیمیایی و ذره‌بینی آزمایش کرد و در موارد لازم نیز از کشت پیشاب و تزریق آن به خوک هندی استفاده نمود. اما به طور کلی اگر پیشابی بدون علت واضح چرکین شده و یا در آزمایش هیچ‌گونه میکروبی مشاهده نگردید، آن چرک را باید مشکوک به چرک سلی دانست.

چرا بعضی از کودکان دیر زبان باز می‌کنند؟

زبان باز کردن کودکان از نظر رشد روانی باید بسیار مورد توجه باشد، نه تنها دیر زبان باز کردن، بلکه جویده حرف زدن و لکنت زبان و فراموشی را باید جزء تأخیر رشد روانی آنان به شمار آورد. این عقب‌افتادگی علل گوناگون دارد و پزشک باید با دقت کامل در شناسایی آن بکوشد و به کمک مادر علت اصلی را کشف و درمان کند.

برای شناسایی احوال کودکان باید مطالب زیر را در نظر گرفت.

۱ـ بعضی از کودکان از شناسایی اعضای مختلف بدن خود عاجزند و مثلاً دست چپ و راست خود را تمیز نمی‌دهند و یا بین انگشتان خویش فرقی نمی‌گذارند و روی این اصل در مقام مقایسه با همسالان خود عقب افتاده به حساب می‌آیند.

۲ـ عده‌ای از کودکان نمی‌توانند حرکات دست و پا و عملیات خویش را با دید چشم خود میزان کنند. یعنی به زبان دیگر فاصلهٔ مخصوص بین اشیا و اجسام مختلف را نمی‌توانند با چشم تخمین بزنند و عقب افتادگی آنها به علت عدم تطابق اعمال روزانهٔ آنهاست.

۳ـ علت تأخیر رشد زبانی در بعضی از کودکان عقب‌افتادگی و عدم سرعت شنوایی است؛ درست مثل اینکه آدمی به زبانی ناآشنا باشد که اگر مردمی آن را به سرعت حرف بزنند، نمی‌تواند درست در مغز خود آنها را جا به جا و درک کند، کلام زبان معمولی خود را نیز نمی‌تواند به سرعت جذب کند. در صورتی که اگر با آنها ملایم صحبت کنند و فرصت دهند تا کلمات در مغز آنان جایگزین شود، به زودی به زبان می‌آیند و عقب‌افتادگی برطرف می‌شود.

۴ـ بعضی از کودکان از ارتباط دادن کلمات و حروف یا شنیدن آنها عاجزند و نمی‌توانند آنچه دیده‌اند را با آنچه می‌شنوند ربط دهند. مثلاً لفظ کاسه را خوب تلفظ می‌کنند و کاسه را نیز به تنهایی دیده‌اند ولی به علت نقص خلقت و یا تأخیر رشد

نمی‌توانند نام کاسه را بر آن جسم مخصوص به یاد آورند و به خاطر بسپارند.

۵ـ بعضی از کودکان در حقیقت زبان باز می‌کنند و کلام را ادا می‌کنند ولی در تلفظ کلمات همیشه دچار اشتباه می‌شوند. یعنی حروف و صداها را درست و به جای خود ادا نمی‌کنند. مثلاً گرگ را گلک و یا لرد را فلد و بالأخره شیر را سیر و خوردم را خودرم می‌گویند که این خود نقص و تأخیر رشد روانی به حساب می‌آید.

۶ـ عده‌ای از کودکان کلمات را به تنهایی می‌توانند ادا کنند ولی از اجتماع آنها در جملهٔ هنگام مکالمه عاجزند و روی این اصل جمله‌سازی نمی‌توانند بکنند و دیر به زبان می‌آیند.

۷ـ برای بعضی از کودکان تجسم اجسام و اعداد مشکل بزرگی است و از اندازه و میزان آنها مطّلع نیستند و روی این اصل هنگام مکالمه برای تعیین اندازه و حجم و تعداد اشیا به زحمت می‌افتند و لکنت زبان پیدا می‌کنند.

۸ـ بعضی اوقات کودکان کلمات را می‌دانند و به خوبی نیز می‌توانند تلفظ کنند ولی فوری آنها را از یاد می‌برند. به قسمی که حافظهٔ آنها بیش از زبانشان گناهکار است و در این حال مسلّماً بهتر است علت عدم رشد و کسر حافظه را تجسّس کرد.

۹ـ بعضی از کودکان به طور کلی سطح دانش عمومیشان پایین است. یعنی نسبت به همسالان خود عقب افتاده‌ترند و علت این تأخیر یقیناً در محیط مخصوص و تغییرات آن است. روی این اصل در مکالمه نمی‌دانند چگونه کلمات را به کار برند و اجسام یا اشیایی را که هیچ ندیده‌اند چگونه نام گذارند و به چه اسم صدا کنند.

لکنت زبان را چگونه درمان کنیم؟

راه حقیقی و کامل آموزش زبان در این دسته از کودکان این است که از حواس دیگر برای نامیدن اشخاص یا اشیا کمک گرفته شود. مثلاً آموزش زبان را با انجام کارهای عملی، با دست زدن به چیزی و یا نشان دادن اشیای مختلف و به صدا درآوردن آنها توأم ساخت تا احساسات مختلف به کمک حس گویایی به کار افتد و کودک بتواند کلمات را بهتر ادا کند. البته این عمل دربارهٔ تمام منظورها صدق نمی‌کند و مثلاً کودک به خودی خود نمی‌تواند سبکی، سنگینی، نرمی، زبری، دوری یا نزدیکی، بالایی یا پایینی را در

حال دیدن باز هم به خوبی تشخیص دهد و بازگو کند ولی در هر حال تمرین متوالی بسیار قابل اهمیت است و بهتر و زودتر می‌تواند کودک را به زبان آورد و مطالب را به او بفهماند.

باید دانست، تدریس و آموزش این دسته از کودکان بهتر است متوالی و مستمر و بدون وقفه باشد. به خصوص در هر جلسه نباید آنها را خیلی خسته ساخت، زیرا از طرفی خستگی سبب فرسودگی قوا می‌شود و مطالب را فراموش می‌کنند و از طرف دیگر وقفه بین دفعات سبب فراموش کردن دروس قبلی می‌شود.

دیگر اینکه اگر تدریس با بازی و تفریح و شوخی توأم باشد مسلّماً مفیدتر خواهد بود و به خصوص کودکان از همسالان و همبازیان خود بیش از همه درس می‌آموزند. روی این اصل معاشرت با کودکان هم سن از اهم واجبات است.

وظیفهٔ والدین در منزل چیست؟

علاوه بر تمام این دقت‌ها ثابت شده است که اشکالات مهم عقب‌افتادگی زبان بیش از همه در منزل حل می‌شود. زیرا یقیناً آموزش زبان هر هفته دو بار، هر دفعه نیم ساعت و یا روانه ساختن روزانهٔ کودک به دبستان به هیچ‌وجه نمی‌توانند جبران مصاحبت و سرپرستی متمادی والدین را بکنند. البته این سرپرستی با دستور دادن و تمرین اضافی معین کردن و یا تنبیه کردن و امثال آن توأم نخواهد بود؛ بلکه والدین باید به طیب خاطر وقت خود را به کودکشان اختصاص دهند و در کار روزانه و هدایت او خود را سهیم بدانند.

آشپزخانه چه نقشی می‌تواند بازی کند؟

آشپزخانه به خصوص از نظر اینکه مرکز غذا و تنقّلات مورد علاقهٔ بچّه است، محل خوبی برای آموزش زبان محسوب می‌شود و مادر که معمولاً در آنجا به کارهای خود مشغول است به خوبی می‌تواند کودک خود را هدایت کند و اسم غذاها و خوراکی‌های مختلف را به او بشناساند. حتی می‌تواند در بعضی مواقع برای انجام کارهای خوراک‌پزی از او کمک بگیرد و او را مثلاً به شکستن تخم‌مرغ‌ها یا زدن آنها، شست‌وشوی سبزی‌ها و تمیزکردن ظروف وادارد تا در حین کار، احساس شادی و مسئولیت فردی، احساسات کودک را بیش از پیش بیدار کند و خود به خود به راه افتد.

در هر حال آشپزخانه محل خوبی برای نشان دادن و آموختن داغی، سردی، تمیزی، کثیفی، ترشی، تلخی، شیرینی و انواع صفات دیگر است که آموزش آنها در محل دیگر خالی از اشکال نیست. به کرّات دیده شده است کودکی با مشاهدهٔ شیرینی پختن مادرش نه تنها اسم تمام وسایل لازم برای شیرینی‌پزی را آموخته بلکه خود نیز به تدریج توانسته است شیرینی بپزد.

کمک‌های دیگر در منزل

برای رشد قوای دماغی این دسته از کودکان می‌توان آنها را به کارهای مختلف فکری گماشت و مثلاً برای رشد حافظهٔ بینایی آنها کافی است نظافت اطاق را به عهدهٔ آنان گذاریم و آنها را به گردگیری و مرتب‌کردن آن وادار کنیم تا دقت بینایی بیشتر پیدا کنند و یا مراقبت از پرندگان منزل و گل‌های باغچه و آب دادن آنها را به عهدهٔ آنان گذاریم. ممکن است گاهی آنها را به فروشگاه برد و صورت خرید را دست آنها داد تا خودشان اشیای لازم را انتخاب و خریداری کنند.

برای اینکه قوای عضلانی این دسته از کودکان تقویت شود، کافی است محل اثاثیهٔ لازم یا آویزان کردن لباس‌های شسته شده و یا واکس‌زدن کفش‌ها و یا جا به جا کردن اثاثیهٔ منزل و بالأخره چمن‌زنی را به عهدهٔ آنان گذاشت تا به تدریج قوای عضلانی آنها نیز از این راه تقویت شود.

برای تقویت قوای دماغی و تطبیق آن با قوای عضلانی بهتر است آنها را به تا کردن دستمال‌ها و یا خنک کردن کیک و یا بالأخره جمع‌آوری و مرتب‌کردن اثاثیهٔ منزل وادار کرد.

برای تقویت قوای شنوایی می‌توان از زنگ اخبار کمک گرفت و یا جواب دادن به تلفن را به عهدهٔ آنان گذاشت و به اقوام و دوستان قبلاً گفت که پای تلفن با آنها بیشتر صحبت کنند. گوش کردن به رادیو و مخصوصاً دقت و تماشای تلویزیون برای تقویت قوای مختلف این دسته از کودکان بسیار مفید است. در ضمن می‌توان آنها را واداشت که آواز پرندگان را از هم تمیز دهند و یا تقلید کنند و در این باره اجتماع فامیل و مصاحبت اقوام و آشنایان برای باز شدن زبان آنها کمک بسیار مؤثّری است. خواندن و حفظ کردن اشعار

مختلف و به خصوص اشعاری که قافیهٔ ثابت و معینی دارند برای این منظور بسیار مفید است.

قوای تجسم کودکان را چگونه می‌توان رو به رشد برد؟

دسته بندی عملی

۱ـ می‌توان لباس‌های مختلف‌الشکل یا مختلف الجنس را به کودک نشان داد و او را در شناختن کمک کرد.

۲ـدر حضور او نوع خوراک‌هایی راکه لازم است در یخچال نگهداری شود یا نشود به او خاطر نشان ساخت.

آموزش شماره‌ها

بازی با چوب کبریت و شمارش آنها یا چیدن قوطی‌ها و مکعب‌ها به ترتیب به قوای تجسم کودک کمک می‌کند و شمارش را به او یاد می‌دهد. شمردن شیشه‌های شیر یا تخم‌مرغ‌های لازم برای خوراک این کمک را می‌کند. کمک در خرید لوازم منزل و اندازه‌گیری حبوبات یا مایحتاج آشپزخانه در حضور او به انجام این عمل کمک می‌کند. شرکت در بازی‌های مختلف که گاهی شمارهٔ بُرد و باخت نیز باید تعیین شود بسیار مفید است.

باید کودک را همراه خود به مغازه و پستخانه یا بانک بُرد تا به تدریج خودش با زندگی معمولی خارج خو بگیرد. باید خرید اجناس مختلف را نیز به او آموخت. باید به تدریج سعی کرد که او راه منزل را از راه‌های مختلف بیاموزد و یا در اطراف منزل قدری به تنهایی گردش کند. نمرهٔ تلفن‌های لازم و یا آدرس‌های مفید را باید به او آموخت.

روزهای هفته و ماه را می‌توان به او آموخت و او را به شناسایی آنها عادت داد.

کودک باید با مطالب زندگی و اتفاقات روز آشنا شود. به خصوص خلاصهٔ کلمات مستعمل در زبان را باید به او یاد داد. آموختن ساعت و وقت، فواصل راه‌ها و خیابان‌ها، سرعت اتومبیل یا سایر وسایل نقلیه، درجهٔ حرارت روزانه و وزن اشیای مختلف، برای رشد قوای فکری کودک بسیار مفید است. آموزش کار با دوربین و ماشین‌های مختلف

منزل نیز مفید است. اهمیت بازی‌ها فراموش نشود. البته در تمام این حالات اگر مطالب با شوخی و خنده توأم باشد کودک بهتر می‌تواند آن را بیاموزد و به این دلیل بازی برای آموزش مطالب مختلف به کودکان بسیار خوب است. چه هنگام بازی کودک انواع مطالب مختلف را می‌آموزد. با این حال کودکان از اجتماع خیلی بیش از بازی مطلب می‌آموزند و در اجتماع اغلب مطالب مختلف را خود به خود نقّادی، قبول یا رد می‌کنند.

یکی از مسائل قابل اهمیت برای آموزش کودکان در دوران کودکی عدم توانایی شرکت در بازی‌های مختلف است، یعنی در دوران قبل از دبستان راه اصلی زندگی را نمی‌توانند بیابند و در حقیقت در این دوران احتیاج به حمایت بیشتری دارند و نباید آنها را خود به خود رها کرد. کودکانی که دیر زبان باز می‌کنند، یقیناً برای آشنایی و تماس با دیگران دچار اشکال می‌شوند و در این حال هنگام ورود به دبستان اغلب مطالب زندگی را نمی‌دانند و در نتیجه از اجتماع کودکان گریزان می‌شوند و یا آنها او را می‌رانند و حتی قوی‌ترین این دسته از کودکان اغلب آن قدر گرفتار کار اضافی دبستان می‌شوند که دیگر فرصت بازی کردن را از دست می‌دهند. این دسته کودکان در حقیقت از منافع زندگی اجتماع بی‌بهره هستند و بعدها نیز نمی‌توانند با مردم تماس صحیح برقرار کنند.

باید به والدین سفارش کرد که در بازی کودکان خود شرکت کنند و آنها را به آموزش مخصوص وادارند تا به تدریج کودکان از این همکاری بهره‌مند شوند و استفادهٔ کامل برای آموزش واقعی ببرند. بازی کردن با کودک اگر چه ممکن است بعدها به هیچ‌وجه برای او مفید نباشد، ولی لااقل طرز استفاده از قوای مختلف خود را به او می‌آموزد. بهتر است سعی کرد او را در بازی‌هایی که امکان عملش موجود است، شرکت داد.

در هر حال باید در نظر گرفت که خنده و شوخی و بازی جزء لوازم زندگی است که گاهی بچه‌ها به علت ازدیاد کار دبستانی آن را فراموش می‌کنند و دل آزرده می‌شوند. چون انجام‌دادن تکالیف دبستانی پس از کار خستگی‌آور دبستان خود کار مشکلی است. اغلب کودکان مطلب را به زبان نمی‌آورند؛ ولی، به خوبی واضح است که این کار خستگی‌آور است و به هر حال برای رشد قوای تجسّم کودکان باید دقت کافی کرد.

دقت در مطالب فوق برای درمان این گونه کودکان مفید است.

شغل والدین در تعلیم و تربیت کودکان به خصوص آنها که گرفتار تأخیر رشد روانی هستند، بسیار قابل اهمیت است. چه در حقیقت کودکان احتیاج به عوامل زیر دارند:

۱ـ داشتن فرصت کافی برای به دست آوردن تجربه و معنای واقعی زندگانی.

۲ـ شانس مخصوص برای به دست آوردن مسئولیت واقعی.

۳ـ فرصت کافی برای اینکه ارزش واقعی خود را در اجتماع نشان دهند.

۴ـ زمان مناسب برای نشان دادن ارزش خود در بازی‌های مختلف.

۵ـ فرصت کافی برای بازی کردن با سایر کودکان.

در این حال است که آنها به خوبی مطالب را می‌آموزند و یقیناً عوامل فوق در آموزش زبان به کودکان عقب‌افتاده بسیار اثر دارد.

چین و چروک چهرهٔ شما سخن می‌گوید.

اگر بخندید و خوشحال باشید، سیزده عضله و اگر عبوس و اخمو شوید، پنجاه و پنج عضلهٔ صورت شما کار می‌کند.

مخلوط مساوی سرکه و روغن زیتون از لوسیون‌های عالی و قدیمی است که برای برنزه شدن، بهتر از هر کِرِم و لوسیونی است که شما می‌توانید بخرید. روغن مایع زیتون اثر آفتاب را افزایش می‌دهد و پوست شما را برنزه می‌کند و سرکه پوست شما را از سوختگی آفتاب حفظ می‌کند.

بهترین لوسیون‌هایی که در بازار فروخته می‌شود از محلول اسید پاراآمینوبنزوئیک در الکل ساخته شده است که نور اولترا ویولت را جذب کرده و مدتی طولانی آن را ثابت نگه می‌دارد.

شما می‌توانید بدون هیچ ترس از آفتاب سوختگی شنا بکنید، البته باید مراقب زمان باشید که بیش از اندازه نشود. به این شرط شما مطمئن خواهید شد که به اندازهٔ کافی حمام آفتاب گرفته‌اید و این حمام آفتاب به پوست شما تراوت و جوانی و رنگ زیبایی بخشیده است.

صورت شما دارای پنجاه‌وپنج عضله است که به شما اجازه می‌دهند تا همهٔ احساسات خود را بیان کنید. این عضلات به وسیلهٔ اعصاب به مغز و دیگر قسمت‌های بدن متصل می‌شود. آنچه فکر می‌کنید، آنچه انجام می‌دهید، آنچه می‌خورید، خواه مطبوع و خواه نامطبوع باشد، یا سالم و ناسالم، بر روی قیافهٔ شما منعکس می‌شود.

هر کدام از عادات خوب یا بد شما بعضی از این پنجاه‌وپنج عضلهٔ صورت را به کار وامی‌دارد و چین‌ها، خط‌ها و چروک‌ها را تولید می‌کند.

امکان ندارد یک دفعه چینی در صورت ایجاد کرد، بلکه باید عضلات را همه روزه به شدت بکشید و نگهدارید تا سال‌ها بگذرد و چینی بر قیافهٔ شما پدیدار گردد.

یکی از پزشکان جراحی زیبایی می‌گوید که خطوط و چین‌های صورت علامت مشخص شخصیت اشخاص است. کسانی که لجوج و سمج، با اراده و مصمّم باشند به لب‌های خود فشار می‌آورند و در نتیجه چین‌های عمیقی در بالای لب بالایی آنها پدیدار می‌شود.

اولین چین‌ها دور چشمان ظاهر می‌شوند و ارتباطی با سن و سال‌های عمر ندارند و می‌توانند چین‌های شادمانی باشند. چین‌هایی که بین ابروها به طور عمیق ظاهر می‌شوند، علامت تصمیم‌گیری جدی و افراطی است. این کار شدید که هر روز بر همان عضلات صورت تحمیل می‌شود موجب بروز خطوط و چین‌های چهره می‌گردد. رژیم‌های لاغری که بد تعدیل شده باشد نیز این چین‌ها و چروک‌ها را در چهره تولید می‌کنند.

به خودتان بگویید که خیلی از چین‌ها به وسیلهٔ سن به وجود نمی‌آیند و بر قیافه اثر نمی‌گذارند و خیلی از این چین‌ها نامطلوب و نخواستنی نیستند.

من و شما بارها زن یا مردی را دیده‌ایم که در جوانی قیافهٔ دوست داشتنی نداشته‌اند، ولی با مرور ایام وقتی مسن شده‌اند، دارای چهره‌ای جذاب و دوست‌داشتنی شده‌اند.

معالجهٔ روانی زیبایی

سال‌هاست که دکتر «فرانک سلوتر» جراح بسیار معروف گفته است که:

«محال است پوست زیبایی بر چهرهٔ بدبختان گذاشت.»

پزشکان متخصص زیبایی در سراسر دنیا شکایت دارند و می‌گویند زنان زیادی برای معالجهٔ زیبایی نزد ما می‌آیند ولی به قدری عصبانی هستند و چین و چروک بر چهره انداخته‌اند که کِرِم‌ها، لوسیون‌ها و معالجه هرگز نمی‌تواند ظاهر آنها را بهتر کند.

تمام معالجات خارجی که از طرف بزرگ‌ترین سالن‌های زیبایی پیشنهاد می‌شود بر روی چهره‌ای خسته و پریشان کاری نمی‌تواند بکند. با وجود این در اثر یک شادی و مسرّتی که لب‌های شما را به خنده باز می‌کند، چهرهٔ شما برقی درونی می‌یابد و قیافهٔ شما را باز و دوست داشتنی می‌کند و مستلزم هیچ خرج و صرف وقتی هم نیست.

در فرانسه و در آلمان علم روان زیبایی می‌آموزند که سیزده عضلهٔ صورت را برای یک چهرهٔ خندان و باز باید به کار انداخت.

روان‌شناسان زیبایی عصر نوین چه می‌گویند؟

چرا باید این قدر انرژی را تلف کرد تا آدم بدبخت و عبوس و نومید شود. درست است که زندگی برای همهٔ ما ساعت‌هایی می‌آورد که آکنده از بدبختی و ناراحتی است و موقتاً ما را غمگین، افسرده و کسل می‌سازد، ولی یک آدم هوشیار نباید قبول کند که در محیطی پُر از نارضایتی زندگی کند زیرا چنین محیطی بر روی قیافه اثر می‌گذارد.

اگر شما روحیه‌ای خوشبین دارید و خوش‌اخلاق هستید، اگر شاد و بشاش باشید، عضلات قیافهٔ شما به بالا کشیده خواهد شد. اگر زندگی درونی شما معمولاً روشن و آفتابی است قیافهٔ شما برق آن را منعکس خواهد ساخت.

خوشبختی بهترین راه تراوت و زیبایی است.

معالجهٔ روان زیبایی با یک ورزش کنترل قیافه در جلو آینه آغاز می‌شود.

اول سر خود را به عقب برگردانید بعد آن را به جلو خم کنید و این قدر جلو بیاورید که چانه شما به سینه‌تان بخورد.

فک پایین را آزاد کنید و استراحت دهید. سرتان را در آغاز آهسته و ملایم به حرکت درآورید، بعد کم کم آن را تند کنید و در این حال زمزمه کنید و آهسته آوازی بخوانید. این استراحت چهره را چندین ثانیه تا سه دقیقه انجام دهید. انتخاب و تعیین وقتی که این ورزش را انجام دهید مربوط به خود شماست.

اکنون خود را در آینه ببیند. آهسته دست‌ها را روی قیافهٔ خود بگذارید و چشم‌ها را ببندید و سر را تا می‌توانید به عقب ببرید و در این حالت چند ثانیه همین طور باقی بمانید.

بعد از نو نگاهی به آینه بیندازید؛ حالا لحظه‌ای فرا رسیده است که حرکات کوچکی به عضلات خود بدهید.

اینجا معالجات روان زیبایی نزدیک به تلقین به نفس می‌شود. زیرا در همان وقتی که

خطوط چهرهٔ خود را استراحت می‌دادید با فرمان‌هایی که به خودتان می‌دادید بیان خود را روشن می‌کردید.

زندگی زیباست. من خوشبختم... حالت گوشهٔ لبانم عوض می‌شوند و در جای طبیعی خود قرار می‌گیرند. من لبخند می‌زنم... من چین‌هایی بر روی پیشانی ندارم.

در دنبالهٔ این سخنان شما این دستورها را دربارهٔ وضع بدنتان می‌شنوید:

من خودم را راست می‌گیرم... با هر پیشامدی مقابله می‌کنم...

من قوی هستم... چانه‌ام جای خودش قرار گرفته... من به قدرت و توانایی خود آگاهی دارم.

به خاطر داشته باشید که خوش‌بینی بهترین معالجهٔ زیبایی است.

سه روش برای محکم کردن عضلات صورت

اگر گونه‌های پایین افتاده و چانهٔ مضاعف دارید، می‌توانید با انجام ورزشِ صورت از مزاحمت آنها خلاص شوید. ورزش صورت را دکتر «هانس ویپرخت» که یکی از پزشکان معروف پوست در اشتوتگارت آلمان است، توصیه می‌کند.

صورت و گردن خود را روغن‌مالی کنید و راست در یک صندلی بلند جلوی آینهٔ تمام قدی بنشینید. چانهٔ خود را هر قدر ممکن است جلو بیاورید. حالا لب پایینی خود را مثل موریس شوالیه کنید و جلو ببرید. در همین حالت بمانید و سر خود را به راست و بعد به چپ بگردانید. این وضع عضلات سست گردن و چانهٔ شما را به حرکت وا می‌دارد. هر قدر بیشتر لب خود را جلو ببرید بیشتر این عضلات منقبض خواهند شد و زودتر گردن و چانهٔ محکمی خواهید داشت.

این ورزش را هر روز دوازده بار به راست و دوازده بار به چپ انجام دهید. بیش از چند دقیقه وقت نخواهد گرفت.

از دیدن دهان خود در آینه چه به نظر شما می‌رسد؟

من امیدوارم که گوشه‌های لب شما درهم افتاده نباشد. اگر دهان شما پایین می‌افتد این شاید به خاطر نداشتن دندان در فک بالا باشد. اگر چنین است فوراً به دکتر دندان‌ساز مراجعه کنید و دندان بگذارید. هیچ چیز بدتر از نداشتن دندان قیافهٔ بینوایان را به آدم

نمی‌دهد. اگر دندان‌های شما سالم هستند ولی گوشه‌های لب فرو افتاده دارید، احتیاج به تقویت و اصلاح روحیه پیدا می‌کنید. نومیدی‌ها، غم و غصه‌ها و دلواپسی‌های دائم، آثار خود را مخصوصاً در اطراف دهان شما به‌جا می‌گذارند.

همهٔ ما سهمی از نومیدی‌ها در زندگی داریم. ولی لزومی ندارد آن را برای عموم آگهی کنیم. بعد از هر نومیدی جرأت پیدا کنید و به خاطر داشته باشید که اگر خود را خوب‌تر کنید، می‌توانید انتظار آیندهٔ بهتری را داشته باشید.

حالا روشی که می‌توانید گوشه‌های افتادهٔ لبان را دوباره بر پا کنید تا همان طور بمانند:

دستان خود را روی گونه‌ها بگذارید و عضلات آنها را منقبض کنید. دهان خود را آن قدر که ممکن است به راست و بعد به چپ بکشید و توجه داشته باشید که عضلات گونه‌های شما باید به حال انقباض باقی بمانند. اگر دهان خود را به چپ و راست بکشید موفق خواهید بود، زیرا کشیدن عضلات گونه‌ها به چپ و راست می‌تواند معجزه ایجاد کند و عضله‌های دور دهان شما را محکم گرداند.

بخش ششم- حرف خ

خشکی دهان

خشکی دهان عارضه‌ای است که شخص را دچار ناراحتی می‌کند و مشکلاتی در بلع غذا و صحبت کردن به وجود می‌آورد. این عارضه به علت کم شدن آب دهان به وجود می‌آید. گاهی کمبود آب دهان فقط در موقع غذا خوردن معلوم می‌شود. ولی در موارد بسیار شدید بیماری، مخاط دهان و گلو در هر حال خشک است. خشکی دهان گاهی با خشکی ملتحمهٔ چشم و مخاط بینی نیز همراه است.

علت خشکی دهان

خشکی دهان علل مختلف دارد که مهمترین آنها به قرار زیر است:

۱ـ بعضی از بیماری‌های دهان مخصوصاً برفک با خشکی دهان همراه است.

۲ـ اغلب بیماری‌های تب‌دار و تب باعث خشک شدن دهان می‌شود.

۳ـ بعضی از داروها مانند بلادون و آتروپین و ترکیبات تریاک، آب دهان را کم و خشک می‌کنند.

۴ـ بیماری‌هایی که باعث اتلاف آب دهان می‌شود مانند دیابت یا مرض قند، دیابت انسیپید و یا گاستروآنتریت (ناراحتی دستگاه گوارش)، نفریت مزمن و غیره موجب خشک شدن آب دهان می‌شود.

۵ـ معالجه با اشعهٔ ایکس که بیش از حد تابیده شده باشد، غدد مترشحهٔ دهان را خشک می‌کند.

۶ـ اشخاص عصبانی مخصوصاً بانوان پس از ناراحتی و تحریکات عصبی دچار خشکی دهان می‌شوند.

۷ـ نارسایی کبد، در ایجاد خشکی دهان و التهاب قرمز رنگ آن تأثیر دارد.

۸ـ کمبود بعضی ویتامین‌ها نیز ایجاد خشکی در دهان می‌کند.

علائم بیماری

دهان بیمار خشک است. غالباً در غدد مترشحهٔ آب دهان تغییراتی دیده نمی‌شود ولی گاهی ورم خفیفی موجود است. مجاری ترشحی این غدد از موکوس غلیظی پُر شده است. در خشکی‌های شدید دهان، مخاط زبان و دهان فوق‌العاده خشک شده و به رنگ قرمز درخشان درآمده است. در نتیجهٔ همین خشکی مفرط، ترک‌ها و شکاف‌هایی در زبان پیدا می‌شود.

درمان و چاره

خشکی دهان درمان خاصی ندارد و با رفع علت بیماری، ناراحتی و خشکی رفع خواهد شد. ولی تا مراجعه به پزشک بهتر است با محلول‌های جوش شیرین و گلیسیرین رقیق دهان را شستشو دهند.

خونریزی معده

خونریزی معده را (گاسترو راژی) گویند خواه این خون از راه دهان به صورت هماتمز (استفراغ خونی) خارج شود و خواه از راه رودهٔ مستقیم به صورت (ملنا) دفع گردد.

علائم بالینی

برحسب آنکه خون از راه دهان یا از راه روده یا از هر دو راه دفع گردد، علائم فرق می‌کند.

الف ـ هماتمز

معمولاً هماتمز را برحسب مقدار خون به سه شکل زیر تقسیم می‌کنند.

۱ـ هماتمز بسیار فراوان

این شکل هماتمز گاهی صاعقه‌آسا بیمار را تلف می‌کند. ولی غالباً تا به این درجه خطرناک نیست، مع‌هذا از حوادث بسیار سخت بیماری‌های دستگاه گوارش به شمار می‌رود.

بیمار ناگهان و بدون مقدمه مقدار زیادی خون استفراغ می‌کند ولی ممکن است قبل از استفراغ خون، علائمی از قبیل احساس سنگینی یا درد در ناحیهٔ اپی‌گاستر بروز کند. خونی که به این ترتیب خارج می‌شود، به قدری فراوان است که به سرعت در حال عمومی بیمار اثر می‌کند. بیمار احساس ضعف و بی‌حالی مفرط کرده، رنگش می‌پرد. نبض سریع می‌گردد، عرق سرد بر پیشانیش می‌نشیند. فشار خون ماکزیما و مینیمایش پایین می‌آید، دست و پایش سرد می‌شود، احساس تشنگی شدید می‌کند، رنگ لب و مخاطهایش تقریباً سفید می‌شود و بالأخره ممکن است علائم کامل لیپوتیمی یا سنکوپ بروز کند.

این خونریزی اگر چه ممکن است تا این اندازه شدید نباشد که بلافاصله جان بیمار را

به خطر اندازد و خود به خود یا در نتیجهٔ درمان و مخصوصاً تزریق خون بند آید، ولی چند ساعت یا یکی دو روز بعد، ممکن است تکرار شود و این دفعه باعث تلف شدن بیمار گردد.

۲ـ هماتمز فراوان

در این حال چه با مقدمه و چه بدون مقدمه خونی که خارج می‌شود کمتر از شکل فوق و معمولاً در حدود ۳۰۰ تا ۵۰۰ سانتی‌متر مکعب یا کمی بیشتر است. این خونریزی نیز باعث بروز علائم خونروی داخلی است، منتها به شدت شکل قبل نیست. در این حال هم ممکن است احتیاج به تزریق خون باشد، ولی خطر واقعی این خونریزی‌ها در تکرار آنهاست که به این ترتیب هر دفعه بیمار کم خون‌تر می‌شود و بالأخره کم خونی خطرناک بروز می‌کند.

۳ـ هماتمز کم یا هماتمز سیاه

بیمار مایع سیاه رنگی شبیه به دوده‌ای که در آب حل کرده باشند یا دُردی که در استکان قهوه باقی می‌ماند، استفراغ می‌کند. در حقیقت این خون، به طور ناگهان از یکی از رگ‌های معده خارج نشده که بلافاصله به شکل استفراغ خون قرمز، خارج گردد. بلکه خونی است که به تدریج از جدار معده تراویده و پس از آنکه به وسیلهٔ تأثیر شیرهٔ معده تغییراتی پیدا کرده، خارج شده است.

این نوع هماتمز تقریباً خاص کسانی است که مبتلا به سرطان معده باشند و غالباً صبح‌ها هنگامی که بیمار از خواب برمی‌خیزد عارض می‌گردد و با مواد دیگری که در معده موجود است و مخصوصاً با ترشحات نسوج سرطانی همراه است.

ب ـ ملنا

خونی که از راه رودهٔ مستقیم دفع می‌گردد، ممکن است از نقاط مختلف دستگاه گوارش آمده باشد؛ ولی مقصود ما در اینجا از ملنا، فقط خونی است که از معده ناشی شده باشد. ملنا را مانند هماتمز به درجات مختلف تقسیم می‌کنند.

۱ـ ملنای بسیار فراوان

این خونریزی که ممکن است بسیار خطرناک باشد، چندان شایع نیست و مخصوصاً در بیماری‌های معده کمتر اتفاق می‌افتد.

در موارد استثنایی که ملنای بسیار فراوان روی داده مربوط به خونریزی زخم دوازدهه (اثناعشر) بوده است. غالباً ملنای بسیار فراوان در بیماران مبتلا به سیروز و بزرگی فوق‌العاده شدید طحال دیده می‌شود.

۲ـ ملنای فراوان

این شکل ملنا تقریباً شایع‌تر است و خصوصیات بالینی آن نظیر آثار بالینی هماتمز متوسط است. به این معنی که شاید آناً جان بیمار را به خطر نیندازد ولی چون ممکن است چندین مرتبه تکرار گردد، سبب کم خونی شدید می‌شود.

خون متعفّن و سیاه‌رنگی که به شکل ملنا خارج می‌گردد، گاهی خالص است و گاهی با مدفوع همراه است. در صورتی که با یک یا چند تنقیهٔ کوتاه محتویات قسمت‌های آخر رودهٔ بزرگ را خالی کنند، ملنا بیش از ۳ـ۴ روز ادامه نمی‌یابد و البته این در مواردی است که خونریزی اصلی قطع شده باشد.

تا چهار، پنج روز پس از بروز ملنا ممکن است درجهٔ حرارت بدن بیمار تا یک درجه یا یک درجه و نیم بالا رود و پس از آن طبیعی گردد.

۳ـ ملنای خفیف یا خونریزی پنهانی

این شکل خونریزی شاید فراوان‌ترین شکل خونریزی‌های معده باشد، ولی فقط به وسیلهٔ آزمایشگاه تشخیص داده می‌شود؛ زیرا مقدار خون به آن اندازه نیست که تغییر شکل و رنگ مدفوع را باعث شود.

بهترین راه شناسایی این خونریزی‌ها واکنش‌های شیمیایی است. ولی برای جلوگیری از عواملی که ممکن است سبب اشتباه گردد، باید بیمار مدت چندین روز رژیم مخصوص داشته باشد که به «رژیم سفید» معروف و بیشتر شامل برنج و سیب‌زمینی و غیره است. به هر حال رژیم این بیماران نباید شامل کمترین مقدار گوشت باشد و

همچنین خوردن غذاهای نباتی سبزینه‌دار قدغن است.

برای آنکه معلوم شود خونی که در مدفوع موجود است از معده یا روده ناشی شده است، باید از سلامتی لثه‌ها و دندان‌ها و لوزه و بینی و گلوی بیمار اطمینان پیدا کرد. زیرا ممکن است مثلاً خون دماغی که شب در خواب عارض شده و بیمار از آن بی‌اطلاع مانده است، سبب ملنا گردد. همچنین باید معاینه‌ای از قسمت انتهایی رودهٔ مستقیم کرد که مسلم شود، ضایعهٔ خونریزی دهنده ندارد.

علائم عمومی خونریزی معده

پس از هر گاستروراژی، علاوه بر نشانه‌هایی که بلافاصله ظاهر می‌شود، ممکن است علائم دیگری بروز کند که مهمترین آنها بدین قرار است:

الف ـ کم خونی

بزرگ‌ترین نتیجهٔ خونریزی، کم‌خونی است که برحسب آنکه خونریزی ناگهان و شدید یا پنهانی و مکرر باشد، نوع آن فرق می‌کند. پس از خونریزی‌های شدید و ناگهانی معمولاً یک کم‌خونی شدید عارض می‌شود. در صورتی که در خونریزی‌های مکرر و پنهانی، کم‌خونی مزمنی فرا می‌رسد که ممکن است از لحاظ وخامت، خفیف‌تر از اشکال حاد نباشد.

ب ـ اَزوتمی

در نخستین روزهای پس از خونریزی معده، گاهی اَزوتِمی بروز می‌کند.

این ازوتمی که مقدار آن ممکن است به یک گِرَم یا بیشتر برسد، موقتی است و به زودی برطرف می‌گردد. ولی در صورتی که به آن توجه نداشته باشند، ممکن است اشتباهی در تشخیص بیماری پیش آید و به جای آنکه ازوتمی را مربوط به خونریزی بدانند، خونریزی را ناشی از ازوتمی به حساب آورند و به این ترتیب بیمار را مانند یک مبتلا به اورمی، تحت درمان قرار دهند.

ازوتمی‌های ناشی از خونریزی معده فقط در ۲۰ درصد موارد دیده می‌شود و معمولاً با علائم بالینی اورمی همراه نیست و فقط به کمک آزمایش شیمیایی خون تشخیص

داده می‌شود. باید دانست که معمولاً میان شدت کم خونی و مقدار افزایش ازُت خون رابطه‌ای موجود نیست.

با در نظر گرفتن اینکه در ضمن نفریت‌های مزمن خشک ازوتمیک نیز ممکن است خونریزی دستگاه گوارش پیدا شود، معلوم است که تا چه اندازه تشخیص ازوتمی‌های پس از خونریزی مهم است. زیرا اگر در نفریت‌های ازوتمیک پیدایش خونریزی دلیل بر وخامت بیماری است، در خونریزی‌های عادی معده ابداً چنین وخامتی در پیش نیست. مگر آنکه شدت خونریزی خود سبب خطرناکی بیماری گردد.

اتیولوژی و آشکال سببی هماتمز

دانشمندی به‌نام «دمل» آماری تهیه کرده است که از روی آن می‌توان به علل شایع هماتمز پی برد. در ۶۸ مورد هماتمز که به وسیلهٔ این شخص مورد بررسی قرار گرفته، علل زیر دخالت داشته است:

۱ـ بیماری‌های عضوی معده ـ در ۱۷ مورد علت خونریزی، بیماری‌های عضوی معده بوده که از میان آنها ۱۲ نفر مبتلا به زخم و ۲ نفر مبتلا به سرطان و ۲ نفر مبتلا به گاستریت و یک نفر مبتلا به سیفیلیس معده بوده است.

۲ـ بیماری‌های دیگر دستگاه گوارش ـ در ۲۹ مورد، علت خونریزی بیماری‌های دیگر دستگاه گوارش بوده که از میان آنها ۹ نفر مبتلا به کوله‌سیستیت (التهاب کیسهٔ صفرا) و ۲ نفر مبتلا به آپاندیسیت و ۳ نفر مبتلا به آپاندیکولوکوله‌سیستیت و یک نفر مبتلا به پریتونیت و ۷ نفر مبتلا به سیروز کبد و ۷ نفر دیگر مبتلا به بیماری‌های دیگر دستگاه گوارش بوده‌اند.

۳ـ بیماری‌های دیگر ـ در بعضی موارد نادر، علت هماتمز، آئورتیت بطنی و هموفیلی و بزرگی اصلی طحال و غیره بوده است.

۴ـ اعمال جراحی بر روی احشای بطنی ـ در ۸ مورد علت خونریزی اعمال جراحی بوده که قبلاً بر روی احشای بطنی صورت گرفته است. این عمل گاهی بر روی خود معده و گاهی بر روی کیسهٔ صفرا و احشای دیگر بوده است.

۵ـ علل نامعلوم ـ در ۱۱ مورد، به هیچ‌وجه نتوانسته است علت خونریزی معده را

روشن نماید.

به طور خلاصه از این آمار می‌توان نتیجه گرفت که خونریزی معده همیشه در نتیجهٔ زخم و سرطان معده نیست، بلکه علل عمومی‌تری دخالت دارد که باید با تمام وسایل در جستجوی آنها بود.

ما اکنون به شرح علل مهم خونریزی معده می‌پردازیم:

۱ـ خونریزی‌هایی که علت معدی یا دوازدهه‌ای دارد.

خونریزی‌هایی که از زخم معده یا دوازدهه ناشی می‌شود، غالباً به سهولت تشخیص داده می‌شود؛ ولی باید متذکر بود که خونریزی معده، فقط از زخم نیست بلکه بیماری‌های دیگر معده و مخصوصاً سرطان آن نیز ممکن است باعث خونریزی گردد.

باید دانست که فقط در $\frac{1}{3}$ بیماران مبتلا به زخم، خونریزی معده هم به علت هماتمز و هم ملنا عارض می‌شود. گاهی از اوقات نخستین علامت زخم اِثناعشر خونریزی است. بدین معنی که قبل از این حادثه، بیمار هیچ‌گونه اختلال گوارشی نداشته و فقط پس از خونریزی بوده که به تدریج علائم بالینی زخم دوازدهه آشکار گشته است.

گاهی از اوقات خونریزی معده، در ضمن یک تابلو بالینی کامل از زخم اِثناعشر بروز می‌کند. معمولاً پس از خونریزی، علائم بالینی و پرتوشناسی زخم معده تخفیف پیدا می‌کند و بعید نیست که اصلاً یک دورهٔ آرامش بسیار طولانی فرا رسد.

به طور کلی، بعضی از زخم‌های معده از ابتدا تا انتهای سیر بالینی خود ابداً خونریزی نمی‌دهد و حال آنکه بعضی از زخم‌های دیگر دائماً خونریزی دارد.

یک نوع زخم بسیار سطحی معده موجود است که فقط به واسطهٔ خونریزی بسیار شدیدی که ممکن است عارض شود شناخته می‌شود و به آن اکزاولسراسیوسمپکلس نام داده‌اند.

ـ هر چند سرطان معده خونریزی‌های بسیار خفیف می‌دهد که باعث استفراغ‌های سیاه‌رنگ و ملنای دائمی می‌شود، ولی اگر این خونریزی‌ها تکرار گردد بالأخره باعث کم‌خونی شدید می‌شود.

ـ گاهی نیز سرطان معده باعث خونریزی شدید و ناگهانی می‌گردد و بنابراین در قبال

یک خونریزی شدید معده، علاوه بر زخم باید فکر سرطان معده نیز بود.

ـ سرطان‌های زخمی شکل و اولسرو کانسرهای معده نیز سبب خونریزی می‌شود.

ـ تومورهای خوش خیم معده نیز بدون خونریزی نیست. در بعضی موارد علت خونریزی شدید معده یک آنژیوم (تومور متشکل از رگهای خونی) بوده است.

ـ گاستریت‌های ساده و سل معده ممکن است خونریزی بدهد.

ـ سیفیلیس معده یک شکل خونریزی دهنده دارد که تنها علامتش هماتمز شدید است.

ـ بعضی از بیماری‌های عفونی و مراحل پیشرفتهٔ بعضی از نفریت‌های مزمن به علت اختلالاتی که در مخاط معده پدید می‌آورد سبب خونریزی می‌گردد.

ـ اتّساع معده و راکد شدن مواد غذایی و ترشحات مختلف در آن و تغییراتی که در نتیجهٔ این مواد در جدار معده تولید می‌شود، ممکن است سبب خونریزی گردد. خونریزی‌هایی که در ضمن تنگی باب‌المعده یا تنگی دوازدهه یا تنگی مدیوگاستریک پیدا می‌شود فقط به همین علت است.

ـ فتق حجاب حاجزی معده هر چند بیماری بسیار نادری است، ولی ممکن است سبب خونریزی معده شود.

ـ واریس ناحیهٔ کاردیا و آنوریسم (نازک جداری) عروق جدار معده نیز پس از پاره‌شدن سبب خونریزی شدید می‌گردد، ولی معمولاً این علل فقط در کالبدگشایی تشخیص داده می‌شود.

ـ بالأخره ضربه‌هایی که از خارج به معده می‌رسد و لطماتی که از یک جسم خارجی موجود در معده به جدار معده وارد می‌آید، ممکن است سبب خونریزی شدید گردد.

۲ـ خونریزی‌هایی که علل کبدی و صفراوی دارد.

الف ـ بیماری‌های حاد کبد که سبب خونریزی می‌شود بدین قرار است:

ـ تب زرد که معمولاً سبب استفراغ‌های بسیار سیاه (و میتونگرو) می‌شود.

ـ اسپیروکتوز ایکترو هموراژیک خاور دور که سبب استفراغ‌های خونی شدید می‌شود.

ـ یرقان خطرناک که علاوه بر خونریزی معده، خونریزی‌های دیگر هم می‌دهد.

ـ بعضی دیگر از بیماری‌های حاد کبد نیز ممکن است سبب خونریزی شود.

ب ـ بیماری های مزمن کبد ـ مهمترین بیماری مزمن کبد که باعث خونریزی می‌شود، سیروز است. به طوری که می‌توان گفت پس از بیماری‌های معده، سیروز بزرگ‌ترین علت هماتمز به شمار می‌رود. خونریزی معده در تمام اقسام سیروز کبد، چه با کبد بزرگ و چه کوچک و چه با آسیب و یا بدون آن، ممکن است عارض شود و گاهی نخستین علامت بالینی سیروز را تشکیل می‌دهد. به طوری که اگر بسیار شدید و خطرناک باشد فقط پس از کالبدگشایی است که معلوم می‌گردد علت خونریزی مهلک، سیروز کبد بوده است.

گاهی نیز خونریزی در ضمن سیروزی که قبلاً تشخیص داده شده است بروز می‌کند. خونریزی‌های سیروز گاهی بسیار شدید می‌شود. به طوری که وخامت سیروز را دو چندان می‌کند.

گاهی رابطهٔ مخصوصی میان مقدار آسیت (مایع سروزی) و خونریزی معده موجود است. به این معنی که پس از تخلیهٔ آسیت یا تجویز مدارهای جیوه‌ای که مایع آسیت را کم می‌کند، خونریزی آشکار می‌گردد ولی همین که مجدّداً آسیت تشکیل شد، خونریزی نیز بند می‌آید.

ـ سرطان کبد ـ سرطان ابتدایی و ثانوی کبد به ندرت سبب خونریزی شدید معده می‌شود. مگر اینکه ابتدا علائم نارسایی شدید اعمال کبد بروز کند و سپس خونریزی که یکی از علائم مهم این نارسایی است به وجود آید.

خونریزی آدنوکانسر توأم با سیروز کبد نسبتاً شایع‌تر است.

ـ سیفیلیس کبد نیز یکی از علل هماتمز به شمار می‌رود.

ج ـ بیماری‌های مجاری صفرا ـ بیماری‌های مختلف مجاری صفرا و مخصوصاً سنگ مجاری صفرا ممکن است سبب هماتمز گردد. بعضی از پزشکان معتقدند که لیتیاز ابتدا سبب گاسترو پیلورت اولسروز می‌گردد و سپس این عارضه سبب خونریزی می‌شود.

۳ـ خونریزی‌هایی که علل طحالی دارد.

هماتمزهایی دیده می‌شود که فقط به طحال بزرگ مربوط است. این قبیل هماتمزها

گاهی کم و علاج‌پذیر است و گاهی بسیار شدید، به طوری که ممکن است سبب هلاکت بیمار شود. این خونریزی‌ها که غالباً تکرار می‌شود، فقط پس از برداشتن طحال ممکن است قطع گردد.

در آزمایش آسیب‌شناسیِ طحال این بیماران در همه حال آسیب‌های یکنواخت مشاهده نمی‌گردد. گاهی از اوقات بافت‌های لیفی و آدنومی طحال را فراگرفته و گاهی از اوقات تغییرات طحال طوری است که بی‌شباهت به تغییراتی که در بیماری بانتی (بزرگی احتقانی طحال) پیدا می‌شود، نیست.

در یرقان همولیتیک مادرزادی که طحال کم و بیش دخالت دارد، هماتمز نیز شایع است.

۴ـ خونریزی‌هایی که از پیلترومبوز ابتدایی ناشی می‌شود.

بیمار غفلتاً دچار هماتمز شدید می‌گردد و در همین حال طحالش نیز بزرگ می‌شود. به سرعت آسیت فراوانی نیز در حفرهٔ صفاق گرد می‌آید. هر سهٔ این علائم به علت پیلترومبوز حاد که بیماری بسیار خطرناکی است به وجود می‌آید. در کالبدگشایی این بیماران دیده می‌شود که ورید باب انسداد یافته است. به نظر می‌رسد که این بیماری یک بیماری عفونی است، زیرا تب نیز همراه سایر علائم بروز می‌کند. گاهی نیز ابتدا بیمار دارای یک طحال بزرگ است و سپس هماتمز و آسیت بروز می‌کند.

۵ ـ خونریزی‌هایی که علل گوناگون دارد.

الف ـ بیماری‌های مختلف دستگاه گوارش ـ چنانکه قبلاً گفتیم زخم و سرطان معده باعث هماتمز می‌گردد. ولی در اینجا مقصود، بیماری‌های دیگر معده است که باعث خونریزی می‌شود.

علت این خونریزی‌ها غالباً در نتیجهٔ یک حملهٔ احتقانی (تجمع غیرطبیعی خون) یا عفونی حاد مخاط معده است و گاهی نیز بیماری‌های قسمت‌های دیگر دستگاه گوارش از قبیل بیماری‌های کیسهٔ صفرا و آپاندیسیت و سیگموئیدیت و غیره به طور رفلکس سبب هماتمز می‌گردد.

ب ـ بیماری‌های عفونی و تب‌های بثوری و بعضی از بیماری‌های خون مانند هموفیلی و هموژنی و بعضی از آویتامینوزها (کمبود ویتامین‌ها) سبب هماتمز می‌شود.

ج ـ بیماری‌های عصبی ـ طرز پیدایش هماتمزهایی که در ضمن بیماری‌های عصبی پیدا می‌شود به خوبی روشن نیست. ولی مسلم است که بعضی از بیماری‌های عصبی مانند تومورهای مغز و تابِس (هرگونه تحلیل‌رفتن بدن) ممکن است سبب هماتمز گردد.

در بحران حاد معدی تابس معمولاً درد شدید و استفراغ فراوان جلب نظر می‌کند. ولی گاهی این استفراغ‌ها خونین می‌گردد و به همین جهت بعضی از پزشکان این بحران‌ها را بحران‌های سیاه معدی تابِس نامیده‌اند.

د ـ بیماری‌های قلب و عروق و افزایش فشار شریانی ـ بیماری‌های قلب و عروق مخصوصاً اگر با افزایش فشارخون همراه باشد، در مراحل پیشرفتهٔ خود سبب خونریزی‌های متعدد و از آن جمله هماتمز می‌گردد.

هماتمزهایی دیده‌شده که در نتیجهٔ پاره شدن آنوریسم تنهٔ عروقی (سلیاک) و راه یافتن خون آن به معده یا مری، پیدا شده است.

هماتمزهایی که در آسیستولی‌های شدید عارض می‌شود، احتمالاً در نتیجهٔ افزایش فشار ورید باب و رکود خون در این دستگاه است.

هـ ـ بیماری‌های نوزادان ـ هماتمزهای نوزادان علل مختلف موضعی و عمومی دارد.

و ـ بالأخره هماتمزهایی وجود دارد که مربوط به هیچ یک از علل ذکرشده نیست. بیمارانی هستند که گاه به گاه دچار هماتمز می‌شوند و در معاینهٔ بالینی و آزمایش پرتوشناسی و حتی بازکردن شکم و معاینهٔ مستقیم احشای آنان هیچ علتی که بتوان خونریزی را به آنان منسوب نمود، نمی‌توان پیدا کرد.

تشخیص

تشخیص مثبت ـ تشخیص مثبت خونروی معده در صورتی که به شکل استفراغ خونین درآید، غالباً آسان است. ولی در مواردی که فقط باعث ملنا می‌شود، به این آسانی نیست.

گاهی از اوقات حتی قبل از خروج خون از راه دهان می‌توان پیش‌بینی کرد که

خونروی معده آغاز شده است. به این معنی که در بیماری که سال‌ها دچار اختلالات گوارشی است و یکی دو مرتبه هم سابقهٔ استفراغ خونین داشته و اینک درد ناحیهٔ معده‌اش شدیدتر شده و حالتی نزدیک به سنکوپ عارضش گشته، به احتمال نزدیک به یقین در معده‌اش خونریزی اتفاق افتاده است که به زودی به صورت استفراغ خونی یا پس از چند ساعت به شکل ملنا بروز خواهد کرد.

تشخیص افتراقی - برای اینکه محقق شود که بیماری دچار خونریزی معده شده است، باید بیماری‌های زیر را از نظر گذرانید:

الف - هموپتیزی

در هموپتیزی، بیمار ابتدا احساس گرفتگی و گرمی در سینهٔ خود می‌کند و آن گاه سرفه‌های شدید عارضش می‌شود که در ضمن آن مقدار زیادی خون از سینه خارج می‌کند. این خون کاملاً مانند خونی که از یک رگ خارج شود، قرمز رنگ و تازه و غالباً با حباب‌های هوا همراه است. روزهای بعد از هموپتیزی، بیمار خلطی که کم و بیش خونین است، دفع می‌کند.

چنانکه دیدیم، هماتمز دارای این خواص نیست و در روزهای پس از آن هم فقط ممکن است ملنا عارض شود. ولی در مواردی که پزشک در موقع هموپتیزی یا هماتمز بالای سر بیمار حاضر نباشد و خونی هم که خارج شده دور ریخته شده باشد، موضوع تشخیص پیچیده می‌شود و لااقل در همان لحظات اول نمی‌توان مطمئن شد که بیمار دچار هموپتیزی یا هماتمز شده است. زیرا چه بسا، خونی که به شکل هموپتیزی از سینه خارج شده، بیمار بلعیده و سپس به صورت استفراغ خونی دفع کرده یا آنکه در اثر خوردن خون به ملنا دچارشده است. در چنین مواردی باید پس از بند آمدن خونریزی به کمک وسایل پاراکلینیکی، مبدأ خونریزی را پیدا کرد.

ب - استفراغ صفراوی

استفراغ‌های صفراوی گاهی از اوقات به قدری سبز تیره رنگ می‌شود که لااقل خود بیمار یا اطرافیانش تصور می‌کنند که استفراغ خونی روی داده است. برای روشن شدن موضوع باید از آزمایش‌های شیمیایی مخصوص خون و صفرا استفاده نمود و ماهیت

مایع استفراغ شده را روشن ساخت.

ج ـ خون‌دماغ

در خون‌دماغ‌های شدید ممکن است مقداری از خون از راه گلو پایین برود و بلعیده شود و بعد به صورت استفراغ خونین خارج گردد. در چنین موارد، لازم است که از بینی و گلوی بیمار معاینه‌ای به عمل آید تا قطرات خونی که هنوز از پشت حلق جاری است مشاهده گردد.

گاهی از اوقات بیمار در حالی که خواب است، دچار خونریزی بینی می‌شود و در نتیجه تمام یا قسمت مهمی از خون را به طور غیرارادی می‌بلعد و همین که از خواب برخاست، استفراغ خونین می‌کند.

اگر علائم بالینی برای تشخیص مبدأ خونروی کافی نباشد، باید به معاینهٔ گلو و بینی پرداخت و از معده آزمایش پرتوشناسی به عمل آورد.

د ـ پیتوئیت خونین

در بعضی از زنان عصبانی که در ضمن دچار اختلالات قاعدگی نیز باشند، استفراغ‌های خونین خفیفی دست می‌دهد که در حقیقت از بلعیده شدن خونریزی‌های قلیلی که در دهان و حلق رخ داده به وجود آمده است. این بیماران هیچ‌گونه اختلال گوارشی ندارند. این پیتوئیت‌های خونین ممکن است سال‌ها ادامه پیدا کند.

هـ ـ پاره‌شدن آنوریسم آئورت

آنوریسم آئورت ممکن است طوری پاره شود که خون آن وارد مری یا معده گردد و بیمار بلافاصله آنها را استفراغ کند. نظر به اینکه این حادثه فوراً بیمار را تلف می‌کند، غالباً در کالبدگشایی مبدأ اصلی خونریزی آشکار می‌شود.

و ـ تشخیص افتراقی ملنا

در حقیقت تشخیص افتراقی مدفوع سیاه رنگ است. در یبوست‌های بسیار شدید،

مدفوع ساعات زیاد در روده می‌ماند و آبش را از دست مـی‌دهد و خشک مـی‌شود و در نتیجه رنگش سیاه می‌گردد. بیمارانی که ذغال یا بیسموت خورده‌اند، مدفوع سیاه رنگ پیدا می‌کنند.

به طور کلی باید دانست که تشخیص قطعی وجود خون در مـدفوع فـقط بـه کـمک آزمایشگاه صورت می‌گیرد و با مشاهدهٔ مدفوع سیاه رنگ فقط احتمال وجود خون داده می‌شود.

چنانکه قبلاً گفتیم، اگر در مدفوع، خون قرمز و تازه باشد، غالباً از قسمت‌های آخر رودهٔ بزرگ ناشی شده است و تقریباً نمی‌توان تصوّر کرد کـه چـنین خـونی از مـعده یـا دوازدهه آمده باشد.

درمان

هـماتمزهای کـم و مـلناهای خـفیف و پـنهانی غـالباً احـتیاج بـه درمـان‌های خون‌بندآورنده ندارد و غالباً درمان بیماری اصلی کفایت می‌کند. کم‌خونی ناشی از چنین خونریزی‌ها را نیز باید با دستورات خاصی که موجود است، درمان کرد.

هماتمزهای شدید و بسیار فراوان را باید هر چه زودتر بند آورد:

بیمار را باید به پشت خوابانید و تقریباً اجازهٔ هیچ نوع حرکتی به او نداد. حرف زدن و خوردن و آشامیدن را باید مدتی قدغن کرد. کیسهٔ یخ روی ناحیهٔ اپی‌گاستر گذاشت.

تشنگی شدید بیمار را با تزریقات زیر جلدی سرم‌های ایزوتونیک و تنقیه‌های سرمی فرونشانید و فقط در صورتی که هماتمز بسیار شدید نباشد، می‌توان به بیمار اجازه داد که خرده‌های کوچک یخ را در دهان نگاه دارد یا ببلعد. آسایش فکری و بدنی بیمار را باید به هر قیمتی هست تأمین نمود. حتی می‌توان مسکن‌های بسیار قوی و یا مرفین به کار برد.

داروهای خون‌بندآوری که تجویز مـی‌شود، هـمان خـون‌بندآورهای عـمومی است. مانند ارگوتین، آدرنالین، عصارهٔ لوب خلفی هیپوفیز، کلسیم و غیره که غالباً از راه تزریق به کار برده می‌شود.

شست و شوی معده با محلول چهار در هزار پرکلرور دوفر در صورتی جایز است کـه

معلوم شده باشد علت خونریزی رکود خون در عروق معده است و یک رگ بزرگ پاره نشده است. ویتامین‌های مختلف و مخصوصاً ویتامین K و C را نیز می‌توان تجویز کرد.

تنقیه‌های بسیار گرم با ۵۰۰ گرم یا بیشتر آب، غالباً مفید واقع می‌شود. زیرا اولاً کم و بیش باعث انعقاد خون است و ثانیاً خونی را که در روده‌هاست، خارج می‌کند. در صورتی که خون خارج نشود و پس از تجزیه شدن جذب گردد، باعث اختلالات عمومی و تب می‌گردد، ولی در همه حال هم نمی‌توان تب را به جذب خون روده‌ها نسبت داد و شاید علل دیگری مانند عفونت درکار باشد.

چند روزی که بیمار از خوردن غذا محروم است، باید آب و کالری لازم را از راه تزریق سرم‌های مختلف به بدن او رسانید. تغذیهٔ بیمار ۳ تا ۴ روز بعد از بندآوردن خون جایز است، ولی با احتیاط زیاد. بدین معنی که ابتدا باید آب و جوشانده‌های بسیار سرد خورانید و سپس شیر و سوپ ساده و آبِ میوه‌جات سرد تجویز کرد و پس از چند روز غذاهای غلیظ‌تری وارد رژیم بیمار نمود. آب پاچهٔ غلیظ به علت مقدار زیاد ژلاتینی که دارد یکی از غذاهای بسیار نافع برای این بیماران است.

تزریق خون

پیش‌آگهی هماتمزهای بسیار شدید تا قبل از امکان ترانسفوزیون (تزریق خون) بسیار تیره بود. ولی از زمانی که تزریق خون یک امر جاری گشته این پیش‌آگهی کاملاً تفاوت کرده است. تا جایی که می‌توان گفت که در بعضی اوقات با تزریق خون واقعاً می‌توان جان بیمار را خرید.

باید دانست که لازم نیست مقدار تزریق خون زیاد باشد و فقط کافی است ۲۰۰ یا ۳۰۰ سانتی‌متر مکعب خون وارد بدن بیمار شود که هم حالش کاملاً بهتر شود و هم خون بند آید. فقط در مورد خونریزی‌های بسیار شدید احتیاج به تزریق ۵۰۰ سانتی‌متر مکعب یا یک لیتر خون است.

درمان جراحی

پزشکان قدیم همین که می‌دیدند حال عمومی بیمار مبتلا به استفراغ خونی رو به وخامت می‌رود و خون بند نمی‌آید، بلافاصله به باز کردن شکم بیمار اقدام می‌کردند و

سعی می‌نمودند که به طور مستقیم به ناحیهٔ خون دهنده دست یافته، خون را بند آوردند و مثلاً اگر یک زخمی است که خون می‌دهد گاستروکتومی کنند.

امروزه جز در موارد بسیار نادر، با این عجله به عمل جراحی اقدام نمی‌کنند و فقط در صورتی که معلوم شود یکی از رگ‌های بزرگ معده پاره شده و خون غیرقابل بند آمدن است و یا زخمی است که خون می‌دهد و با تزریق خون هم کاری از پیش نمی‌رود، آن وقت به عمل جراحی مبادرت می‌کنند.

اعمال جراحی که سابقاً برای بند آوردن خون معده به کار برده می‌شد غالباً خود خطرناک بود. ولی امروز با تجویز تزریق خون و تدابیر احتیاطی دیگر که قبل و پس از عمل صورت می‌گیرد، از خطرناکی اعمال جراحی نیز کاسته شده است.

درد معده

در حال عادی هضم معدی طوری صورت می‌گیرد که انسان سالم از آن چیزی احساس نمی‌کند و فقط در سه حالت زیر است که انسان به معدهٔ خود توجه پیدا می‌کند:

۱ـ در موقع گرسنگی، یک نوع احساس خاصی انسان را به خالی بودن معده و احتیاجی که به غذا دارد، متوجه می‌سازد.

۲ـ پس از سیر شدن که در این حال یک نوع احساس راحتی و رضایت توأم با بی‌میلی حتی نسبت به بهترین غذاها، به انسان دست می‌دهد.

۳ـ پس از افراط در غذا که در این صورت یک نوع احساس پری و کشیدگی و سنگینی در ناحیهٔ معده و بالای شکم بروز می‌کند.

در حال مرضی، ممکن است معده درد بگیرد و این درد معمولاً با علائم گوارشی دیگر همراه است که یا در نتیجهٔ اختلالاتی است که در حساسیت یا ترشح یا قدرت حرکتی معده پیدا شده، یا یک ضایعهٔ عضوی که در معده تولید شده باعث درد می‌شود.

گاهی درد معده بزرگ‌ترین یا تنها علامت بالینی بیماری معده را تشکیل می‌دهد. سردستهٔ این قبیل دردها، دردی است که در بحران معدی تابس پیدا می‌شود و ما آن را مورد بحث قرار خواهیم داد.

به طور کلی، درد در بیماری‌های معده و شاید هم در بیماری‌های تمام دستگاه گوارش اهمیت به سزایی دارد. به طوری که می‌توان آن را شایع‌ترین علامتی دانست که بیمار برای برطرف کردن آن از پزشک استمداد می‌کند.

فیزیوپاتولوژی

در معدهٔ سالم، تحریکات عادی از قبیل سوزن زدن و سوزانیدن و فشردن و غیره، بی‌اثر است. به طوری که می‌توان گفت که به استثنای بعضی از قسمت‌های معده مانند باب‌المعده و انحنای کوچک و خط اتّصال اپی‌پلئون که یک نوع حساسیت مبهم و غیر مشخصی دارد، قسمت‌های دیگر به هیچ یک از تحریکات جواب نمی‌دهد.

برعکس در حال مرضی، معده ممکن است دردناک گردد؛ ولی این درد در نتیجهٔ سوزن زدن و سوزانیدن و فشرده شدن و غیره نیست. بلکه همین قدر که جدار معده تحت

کشش سخت قرار گرفت و انقباض شدید پیدا کرد، ایجاد درد می‌شود. خواه معده پُر و خواه خالی باشد.

حساس شدن معده سبب ایجاد واکنش‌های متعدد می‌گردد که یکی از آنها اسپاسم (انقباض غیرارادی) شدید جدار معده و دیگری بروز یک ناحیهٔ ثابت دردناک در جدار شکم است. این ناحیهٔ دردناک مطابق نظریهٔ «هد» مانند نوار پهنی است که به طور عرضی در قسمت بالای شکم و کنار تحتانی قفسهٔ صدری قرار گرفته و مربوط است به سطحی که بین اعصاب میان دنده‌ای پنجم و نهم قرار دارد. اما در همین ناحیه هم اولاً دردهای معده بیشتر در طرف چپ خط وسط انعکاس پیدا می‌کند و ثانیاً نقاط دردناک‌تری در این سطح دردناک قرار دارد که یا در ناحیهٔ اپی‌گاستر و یا در پشت، مجاور ستون فقرات است.

محل احساس درد

غالب بیماران، محل دردهای معده را در ناحیهٔ اپی‌گاستر و بالای ناف، نشان می‌دهند. ولی اگر ضایعهٔ دردناک معده در حوالی کاردیا (فم‌المعده) باشد، ممکن است محل درد در پشت، انتهای تحتانی استخوان جناغ سینه احساس شود و همچنین در سرطان قسمت گنبدی معده، درد در فضاهای آخر میان دنده‌ای طرف چپ بدن احساس می‌شود.

بیمارانی که مبتلا به ضایعات باب‌المعده و دوازدهه هستند، محل درد را در طرف راست و بالای ناف نشان می‌دهند. انتشار درد به طرف عقب و مخصوصاً به طرف چپ ستون فقرات یکی از اختصاصات دردهای بعضی از زخم‌های معده است. بیماران مبتلا به این نوع زخم اظهار می‌دارند که انگار سیخی را از جلوی شکم آنها فرو می‌برند و از عقب بیرون می‌کشند.

علاوه بر نقاط دردناکی که خود بیمار متوجه آن شده است، پزشک در معاینهٔ بیمار می‌تواند نقاط دردناکی پیدا کند که از لحاظ تشخیص محل ضایعه بسیار مهم است. این نقاط دردناک، گاهی در طرف چپ ناف در کنار لبهٔ داخلی عضلهٔ راست شکم و گاهی در طرف راست واقع است. معمولاً درد ناحیهٔ انحنای کوچک معده در طرف چپ و درد زخم باب‌المعده، در طرف راست شکم انعکاس پیدا می‌کند.

البته نقاط دردناکی که در نتیجهٔ فشار انگشت و دست پزشک آشکار می‌شود، ممکن

است مربوط به معده نباشد و از همین رو بهتر است که نقاط دردناک را در پشت صفحهٔ پرتوشناسی معین کنند. در این حال هم غالباً به نظر می‌آید نقطه‌ای که بیش از همه دردناک است، در ناحیهٔ شبکهٔ شمسی قرار دارد. به طوری که باید گفت در حقیقت غالب اختلالات معده باعث پلکسالژی (التهاب و بسته‌شدن درِ معده) می‌گردد.

صفات درد

درد معده در همه حال درد واقعی نیست. بلکه غالباً به یکی از سه شکل زیر در می‌آید:

۱ـ احساس ناراحتی و سنگینی یا کشش.

۲ـ احساس سوزش.

۳ـ احساس درد واقعی.

۱ـ احساس ناراحتی یا کشش یا مالش

شکایت مهم بیمار این است که پس از صرف غذا احساس سنگینی و پُر شدگی و کشش مخصوصی در ناحیهٔ معده می‌کند و چون این احساس غالباً چندین ساعت ادامه می‌یابد، بیمار تصور می‌کند که غذایش هنوز از معده نگذشته است و به همین مناسبت بعضی از بیماران اظهار می‌دارند که غذایشان خوب نمی‌گذرد ولی این تعبیری است که در همه حال صحیح نیست؛ چه بسا که در آزمایش پرتوشناسی معلوم شود که معده کاملاً خالی است ولی بیمار همان احساس سنگینی و کشش را دارد.

این احساس ناراحتی تقریباً در تمام بیماری‌های معده موجود است. ولی معمولاً از علائم اختلالات عملی معده به شمار می‌رود و غالباً در بیماران مبتلا به پایین افتادگی معده (گاستروپتوز) و گاستریت (التهاب معده) ساده بروز می‌کند. بیماران عصبانی و خیالاتی نیز کم و بیش از احساس سنگینی معده و ماندن غذا شکایت می‌کنند.

به ندرت ممکن است، مبتلایان به سرطان و لینیت و تومورهای خوش خیم معده نیز نظیر این احساس ناراحتی و سنگینی را داشته باشند.

۲ـ احساس سوزش معده

این احساس که غالباً در نتیجهٔ هیپراستزی (حساسیت زیاد) مخاط معده ایجاد

می‌شود، معمولاً با پیروزیس و احساس سوزش پشت استخوان جناغ سینه همراه است.

گاهی نیز در ضمن احساس سوزش معده، بیمار استفراغ می‌کند. ولی این استفراغ نه فقط سوزش را تسکین نمی‌دهد بلکه باعث تشدید آن نیز می‌شود. سوزش معده گاهی با سیالورهٔ فراوانی همراه است.

احساس سوزش در معده که گاه به‌گاه بروز می‌کند، معمولاً در نتیجهٔ خوردن غذاهای محرک و خراب و زیاد است. ولی در صورتی که مکرّر بروز کند و ادامه یابد، ممکن است در نتیجهٔ گاستریت یا سوءِ هضم ناشی از کولیت یا بیماری‌های مجاری صفرا و غیره باشد.

در زنان، این احساس سوزش غالباً با اختلالات مربوط به دستگاه تناسلی و عادت زنانه همراه است و غالباً در هنگام آبستنی بسیار شدت پیدا می‌کند.

ندرتاً ممکن است در بیماران مبتلا به زخم یا سرطان معده نیز احساس سوزش موجود باشد.

گاهی نیز با تظاهرات آلرژیک پوست مانند کهیر و اگزما و خارش همراه است و در این صورت ممکن است آن را ناشی از اختلالات آلرژیک معده دانست.

قُدما، احساس سوزش را خاص مبتلایان به هیپرکلریدری (زیادی اسید معده) می‌دانستند اما چنانکه متذکر شدیم، این احساس حتی در مبتلایان به آشیلی (بیماری گوارشی) هم ممکن است بروز کند. امروز بیشتر تصور می‌کنند که احساس سوزش ناشی از تأثیری است که اسیدهای تخمیری مانند اسید بوتیریک و اسیداستیک و غیره بر روی مخاط معده می‌کنند.

در مواردی که این احساس سوزش در بیماران مبتلا به اختلالات کبد و کیسهٔ صفرا عارض می‌شود، تصور می‌کنند که سبب ایجاد آن، تحریکات مخاط معده به علت برگشتن صفرا در معده است.

بالأخره آخرین نظریه‌ای که در تعبیر احساس سوزش معده موجود است اینکه هر گاه گاستریتی ایجاد شود که با ارزیون (فرسایش) خفیف یا دسکوآماسیون (خشک و سخت‌شدن) مخاط معده همراه باشد، این احساس تولید می‌شود. زیرا در این گونه موارد، نظر به اینکه ترشح موکوس که عمل حفظ مخاط معده در مقابل اسیدها را به

عهده دارد، کم می‌شود، اسیدها به روی مخاط معده اثر کرده، سبب حساسیت و احساس سوزش آن می‌گردد.

۳ـ دردهای واقعی

دردهای واقعی معده را بیماران به احساس چنگ شدگی (کرامپ)، پیچ خوردگی، ضربت چاقو، پاره‌شدگی و غیره تشبیه می‌کنند. دردهای واقعی غالباً در یک نقطه ثابت نمی‌ماند، بلکه به جاهای دیگر انتشار پیدا می‌کند.

درد واقعی تقریباً خاص زخم اثناعشر است. مع‌هذا در سوء هضم‌هایی که خود ناشی از آپاندیسیت مزمن، سنگ صفرا و غیره است نیز بروز می‌کند. سبب ایجاد درد، اسپاسم شدید عضلات معده است. این اسپاسم گاهی در معدهٔ پُر و زمانی در معدهٔ خالی بروز می‌کند. ولی عوامل دیگری از قبیل عفونت حاد پردهٔ صفاق و ضایعات عصبی، در پیدایش دردهای شدید ناحیهٔ اپی‌گاستر بی‌تأثیر نیست.

گرسنگی دردناک

یکی از اقسام دردهای واقعی معده گرسنگی دردناک است که غالباً در زخم اثناعشر بروز می‌کند. بیمار در ضمن اینکه احساس گرسنگی شدیدی می‌کند، معده‌اش نیز به سختی درد می‌گیرد ولی همین که یک یا چند لقمهٔ غذا یا یک لیوان آب خورد، هم درد و هم احساس گرسنگی فرو می‌نشیند.

رابطهٔ درد معده با زمان

چنانکه قبلاً ذکر کردیم دردهای معده ممکن است اقسام مختلف داشته باشد که کم و بیش جنبهٔ عمومی دارد. ولی موضوع رابطهٔ درد با زمان بسیار مهم و قابل توجه است، چه غالباً می‌توان از روی آن به تشخیص تقریبی ضایعات معده موفق گشت.

از لحاظ رابطهٔ درد با زمان می‌توان حالات زیر را در نظر گرفت:

الف ـ دردهای ثابت و همیشگی

دردهای ثابت و همیشگی تقریباً در بیماری‌های خود معده به وجود نمی‌آید. مگر آنکه ضایعهٔ معده از خود آن تجاوز کرده به پردهٔ صفاق و احشای مجاور رسیده باشد. به

عنوان مثال می‌توان دردهای همیشگی و شدید زخم‌هایی از معده را نام برد که از معده گذشته به قسمت‌های دیگر مانند صفاق و لوزالمعده و غیره نیز رسیده است. به عبارت دیگر، هنگامی دردهای متناوب زخم معده، همیشگی و مستمر می‌گردد که یا پری‌گاستریت یا پریتونیت (التهاب صفاق) موضعی اضافه شده یا زخم به لوزالمعده هم آسیب رسانیده باشد.

باید دانست که دردهای متناوب در صورتی که همیشگی شود باز هم کم و بیش پس از صرف غذا شدت می‌گیرد و این خود دلیل آن است که زمانی این دردها همیشگی و یکنواخت نبوده است.

دردهای همیشگی در مواردی هم که ضایعهٔ معدی به اعصاب آسیب رسانیده باشد، بروز می‌کند. در حقیقت در این موارد تورم عصب معده و روده اضافه شده است. ضایعات رشته‌های عصبی در این موارد یکسان نیست؛ گاهی استحاله و تصلب شدید است و گاهی در عصب یک انفیلتراسیون (نفوذ ماده در بافت) لوکوسیتی به وجود آمده است.

در سندرم سولاریت نیز دردهای همیشگی عارض می‌شود. در این سندرم علاوه بر احساس ناراحتی و درد مبهمی که در ناحیهٔ اپی‌گاستر تولید می‌شود، ضربانات غیرطبیعی و شدید آئورتای بطنی نیز محسوس است. این سندرم غالباً در نتیجهٔ اختلالات عملی معده تولید می‌شود و در ایجاد آن هیپرتونی (افزایش تنش) سمپاتیک بطنی بی‌دخالت نیست.

ب ـ دردهای متناوب

غالباً دردهای معده اعم از اینکه احساس سنگینی یا کشش یا سوزش یا درد واقعی باشد، با صرف غذا و ساعات شبانه روز رابطهٔ مخصوص دارد و از این لحاظ، دردهای معده را می‌توان به ترتیب زیر تقسیم کرد:

یک ـ دردهای فوری یا زودرس ـ این دردها بلافاصله پس از صرف غذا عارض می‌شود و علت پیدایش آنها یا متّسع شدن و تحت کشش قرارگرفتن معده یا افزایش حساسیت مخاط آن است و غالباً در سوء هضم‌های عملی و پایین افتادگی معده و در اشخاص عصبانی و ضعیف پیدا می‌شود.

دو ـ دردهای دیررس ـ این دردها ۳ یا ۴ و گاهی ۵ ساعت پس از صرف غذا بروز می‌کند و تقریباً اختصاص به زخم معده دارد؛ ولی در سوء هضم‌های ثانوی هم به‌وجود می‌آید. دردهای زودرس و دیررس تفاوت بزرگ دیگری نیز با هم دارد و آن این است که با خوردن غذا یا آب، دردهای زودرس شدت پیدا می‌کند، در صورتی که دردهای دریرس کم و بیش تسکین می‌یابد.

سابقاً تصور می‌کردند که هر قدر ضایعهٔ معده از کاردیا دورتر باشد، دردها هم دیررس‌تر است ولی این نظریه به ثبوت نرسیده است.

سه ـ دردهای دوره‌ای ـ علاوه بر رابطه‌ای که درد معده با ساعات شبانه‌روز دارد، یک رابطهٔ دیگر هم ممکن است میان درد و زمان در نظر گرفت و آن چگونگی شدت یا آرامش است که نسبت به روزهای هفته یا ماه یا سال دارد. به این معنی که مثلاً در زخم معده، بیمار مدت ۳ یا ۴ هفته، همه روز درساعات معینی دچار درد معده می‌شود، بدون آنکه حتی یک روز هم راحت باشد و سپس یک دورهٔ آرامش کم و بیش طولانی فرا می‌رسد که بیمار به کلی آسوده می‌شود و از هیچ‌گونه درد و ناراحتی رنج نمی‌برد.

این دوره‌ای بودن درد یکی از خواص بسیار مهم زخم معده و دوازدهه است که هم جلب توجه خود بیمار را می‌کند و هم پزشک باید به آن نظر داشته باشد.

بعضی از کارشناسان بیماری‌های دستگاه گوارش معتقدند که دوره‌های دردی که به ۳ـ۴ هفته می‌رسد، اختصاص به وجود زخم دارد و حال آنکه اگر دوره‌های درد در حدود ۳ـ۴ روز یا کمی بیشتر باشد، غالباً ضایعات کبد و کیسهٔ صفرا در کار است.

باید دانست که تمام دردهای دیررس معده، دوره‌ای نیست و بیمارانی هستند که همه روزه مدت چندین هفته یا چندین ماه از درد معده شکایت دارند. این قبیل بیماران غالباً دچار سوء هضم اصلی یا ثانوی هستند که ممکن است از نوع هیپرآستنیک (پُربنیه) یا هیپوآستنیک (کم‌بنیه) باشد.

مبتلایان به آپاندیسیت مزمن غالباً دردهای دیررسی دارند که نمی‌توان آنها را برحسب ساعات شبانه روز یا روزهای هفته یا ماه تنظیم کرد. به این معنی که اگر یک روز، ۲ ساعت پس از صرف غذا دچار درد معده شده‌اند، روز دیگر ۴ ساعت پس از صرف غذا

درد پیدا می‌کنند و اگر در دفعهٔ قبل، دردها ۲ـ۳ روز بیشتر طول نکشیده بود، این دفعه چندین روز یا بیشتر ادامه پیدا می‌کند. بیماران معمولاً این نوع دردها را دردهای بی‌وقت می‌نامند.

یک نوع دردهای دوره‌ای متناوب دیگر نیز موجود است که با آنچه ذکر شد، تفاوت دارد. به این صورت که هر چند هفته یا چند ماه یا کمتر یا زیادتر غفلتاً بیمار دچار بحران دردناک ناحیهٔ اپی‌گاستر می‌گردد که بسیار او را ناراحت می‌سازد. این نوع دردها غالباً با بیماری‌های دستگاه گوارش رابطه‌ای ندارد و بیشتر در مبتلایان به اختلالات عصبی و نوروزها پیدا می‌شود.

دو نوع مهم این قبیل دردها قابل ذکر است که یکی بحران معدی تابس و دیگری بحران شبکهٔ شمسی است. نظر به اینکه بحران‌های شمسی هنوز کاملاً استقلال مرضی پیدا نکرده و تحت بررسی است، از ذکر آن خودداری می‌شود. ما ذیلاً خصوصیات بالینی بحران معدی تابس را یادآوری می‌نماییم:

بحران‌های دردناک معده

● سبب‌شناسی ـ بحران‌های بسیار دردناک معده که برای نخستین بار در بیماری تابِس (تحلیل‌رفتن شدید) مشاهده شده، علت‌های دیگری نیز دارد که بدین قرار است:

بیماری پوت (سل فقرات)، تصلب صفحه‌ای نخاع، فلج عمومی، سیرَنگومیلی (التهاب نخاع)، پاکی‌مننژیت سرویکال هیپرتروفیک و غیره.

علاوه بر بیماری‌های عصبی، بحران‌های دردناک معده در فشردگی مدیاستن (میان سینه) و حصبه و بالأخره در تمام بیماری‌هایی که مانند تابس سبب مننگورادیکولیت می‌گردد ممکن است عارض شود.

مواردی نیز از این بحران‌های دردناک ذکر شده که به هیچ‌وجه مربوط به ضایعات نخاع و ریشه‌های آن نبوده، بلکه مربوط به اختلالات دستگاه عصبی ـ نباتی بوده است.

● آسیب‌شناسی ـ از روزی که بحران دردناک ناگهانی معده شناخته شده تاکنون به ترتیب ضایعات زیر را در ایجاد آن مُؤثّر شناخته‌اند:

۱ـ ضایعات عصب پنوموگاستریک.

۲ـ ضایعات هسته‌های پیاز نخاعی این عصب.
۳ـ تصلب کف بطن چهارم مغز.
۴ـ ضایعات اعصاب سمپاتیک.
۵ـ ضایعات ریشه‌های خلفی نخاع ظهری.

امروزه معتقدند که بحران‌های دردناک معده در نتیجهٔ ضایعات رشته‌های سمپاتیکی است که به شبکهٔ شمسی می‌رسد. این ضایعات خود در نتیجهٔ مننگورادیکولیتی است که از سیفیلیس ناشی شده است.

باید دانست که بحران‌های دردناکی که در بیماری‌های دیگر مانند فشردگی نخاع و غیره تولید می‌شود نیز در نتیجهٔ ضایعات همان اعصاب است.

بعضی از پزشکان تصور می‌کنند که بحران‌های دردناکی که در نتیجهٔ مننگورادیکولیت پیدا می‌شود با بحران‌های دردناکی که در پلکسیت (التهاب شبکهٔ عصبی) و سلیالژی تولید می‌شود، تفاوت دارد. به این معنی که در بحران‌های دردناک مننگورادیکولیت، عضلات جدار شکم فلج جزئی پیدا می‌کند و بازتاب جلدی بطنی از بین می‌رود و حال آنکه نظیر این اختلالات در دستهٔ دوم پیدا نمی‌شود.

● علائم بالینی ـ بحران‌های دردناک معده به طور ناگهانی و بدون مقدمه و بی آنکه رابطه‌ای با غذا داشته یا سابقهٔ اختلالات گوارشی در میان باشد، آغاز می‌شود.

مهمترین علامت این بحران درد است که از همان ابتدای بروز، نهایت شدت را دارد. محل درد، در ناحیهٔ اپی‌گاستر است و به طرف قاعدهٔ قفسهٔ صدری سینه و پشت انتشار می‌یابد.

استفراغ‌های شدید و مکرر، دومین علامت این عارضه است. این استفراغ‌ها ابتدا غذایی است و سپس تبدیل به یک مادهٔ غلیظ مخاطی می‌گردد. در مواردی که استفراغ بسیار ادامه می‌یابد و غالباً هم این طور است، مواد استفراغ شده، کم‌کم صفراوی می‌شود و ممکن است بالأخره خونین گردد یا خون خالص شود.

گاهی از اوقات استفراغ‌ها از همان ابتدا خونین است و گاهی با آنکه بیمار حال استفراغ و تهوع دارد، چیزی بر نمی‌گرداند. در نتیجهٔ این درد بسیار شدید و این

استفراغ‌های پی در پی، بیمار از حال می‌رود. رنگ پریده و قیافهٔ مضطرب و دست و پای سرد و نبض ضعیف و تقریباً غیرقابل شمارش، همه دلیل بر آن است که بیمار سخت رنج می‌برد و دور نیست که بالأخره دچار کلاپسوس واقعی شود.

جدار شکم بیمار منقبض و دردناک است. گاهی این انقباض به صورت انقباض واقعی در می‌آید که با هیپراستزی (افزایش تحریک) پوست نیز همراه است. به طوری که بیمار حتی تحمل کوچک‌ترین تماس انگشت یا دست را ندارد. برخلاف، گاهی اتفاق می‌افتد که فشار شدید به ناحیهٔ شکم باعث تخفیف درد می‌گردد.

بعضی از پزشکان موفق شده‌اند در جدار شکم که کم و بیش هیپراستزی دارد، مناطق بی‌حس پیدا کنند. جستجوی این مناطق بسیار لازم است؛ زیرا، یافتن آنها کمک مهمی به تشخیص بیماری و علت آن می‌کند.

«دانیلوپلو» که موفق شده است در ضمن بحران‌های دردناک، حرکات جدار معده را بررسی کند معتقد است که معده، در این حال دچار هیپرتونی (افزایش تنش) و حساسیت شدید است.

بررسی تغییرات ترشحات معده در ضمن بحران‌های دردناک غالباً میسّر نیست و پس از بحران نیز این بررسی نتایج یکسانی نداده است. در حقیقت باید گفت که این تغییرات بستگی به حالت قبل مخاط و ترشحات معده دارد. (ماتیو)

آزمایش مایع نخاع نشان می‌دهد که مایع نخاع دارای مقدار زیادی لنفوسیت است. افزایش فشار مایع نخاع که به نظر بعضی از پزشکان یکی از علل مهم بحران‌های دردناک معده است، در همه حال موجود نیست و غالباً فشار مایع نخاع طبیعی است.

سیر بیماری ـ بحران‌های دردناک معده به همان شکل ناگهانی و شدید که آغاز شده بود پایان می‌یابد. بدین ترتیب که پس از یک یا چند روز بیماری خود به خود و ناگهانی ختم می‌شود و هیچ نوع اثری نه در دستگاه گوارش و نه در دستگاه‌های دیگر بدن از خود باقی نمی‌گذارد. تنها چیزی که ممکن است به جای بماند، مناطق بی‌حس جدار شکم است که در صورت پیداشدن راهنمای خوبی برای تشخیص بیماری به شمار می‌رود.

تشخیص ـ بحران‌های دردناک معده اگر در ضمن تابسی که دارای علائم بالینی

آشکار است ایجاد شود، تشخیص معمولاً به سهولت امکان‌پذیر است. ولی اگر بحران دردناک معده نخستین علامت بالینی تابس باشد، به سهولت نمی‌توان آن را از دردهای مهم دیگر بطنی تمیز داد.

در بعضی موارد با در نظر گرفتن اینکه از یک طرف غالباً علائم چشمی تابس (علامت آرگایل) موجود است و از طرف دیگر این بحران دردناک در بیماری بروز کرده که سابقهٔ اختلال گوارشی مهمی نداشته است تا اندازه‌ای می‌توان به حقیقت بیماری پی برد.

ولی نکته‌ای که باید به خاطر آورد این است که یک نفر بیمار مبتلا به تابس ممکن است دچار بیماری‌های دردناک دیگر شکم نیز باشدو بنابراین بحران‌های دردناک معده تابس را باید از بیماری‌های زیر تشخیص داد:

قولنج کبدی ـ اغلب در نتیجهٔ سنگ مجاری صفرا یا علل دیگر به وجود می‌آید. بیماران مبتلا به قولنج کبد غالباً دارای سابقهٔ اختلالات گوارش و سوء هضم صفراوی و امثال آن هستند و به علاوه کیفیت درد و طرز انتشار و یرقانی که در روزهای پس از حملهٔ دردناک بروز می‌کند و پرتونگاری از معده و کیسهٔ صفرا، راهنمای تشخیص است.

زخم معده و دوازدهه ـ زخم معده و دوازدهه نیز دارای حملات دردناک شدید است، ولی این دردها اولاً با ساعات غذا ارتباط دارد و ثانیاً دارای انتشار مخصوصی است. پرتوبینی و پرتونگاری، زخم معده یا دوازدهه را نشان خواهد داد.

باید دانست که زخم معده و سرطان انحنای کوچک آن ممکن است کم‌کم سبب پلی‌نوریت اعصاب معده شود و سندرم‌های بسیار دردناک بطنی به وجود آورد و در این صورت تشخیص آنها از بحران دردناک تابس بسیار دشوار است.

همچنین یک بیمار مبتلا به تابس شاید دچار زخم اصلی معده هم بشود و این گمان وقتی قوی‌تر می‌شود که به خاطر آوریم اختلالات تغذیه‌ای که از تابس ناشی می‌شود ممکن است سبب زخم معده گردد.

به طور کلی بحران‌های دردناکی که با هماتمز همراه است، همیشه باید تصور وجود زخم را تقویت نماید، هر چند که مبتلا بودن به تابس نیز محقق باشد.

بیمارانی دیده می‌شوند که در نتیجهٔ ابتلا به تابس و زخم معده دچار بحران‌های

بسیار دردناک می‌شوند و برای رهایی از درد عادت به استعمال تریاک یا مرفین پیدا می‌کنند و همین که بخواهند این عادت را ترک کنند، مجدّداً دردهای شدید معده بروز می‌کند و بیمار را سخت معذّب می‌سازد. در چنین حالی حقیقتاً نمی‌توان گفت که این نشانگان دردناک بسیار شدید آیا مربوط به تابس یا زخم یا ترک تریاک و مرفین است؟

به طور کلی در مقابل بیماری که دچار یک بحران بسیار دردناک معده است باید ابتدا معدهٔ او را مورد معاینه‌های بالینی و آزمایشگاهی و پرتوشناسی قرار دهند و اگر معلوم شد که معده دارای ضایعهٔ عضوی نیست باید به سراغ علائم بالینی تابس رفت و از اعصاب بیمار آزمایش‌های لازم به عمل آورد و در صورت لزوم از خون و مایع نخاع آزمایش بورده واسرمن نمود. در صورتی که نتیجهٔ این آزمایش‌ها نیز منفی بود آن‌گاه باید به جستجوی علل دیگری که ممکن است بحران دردناک معده بدهد، پرداخت.

پزشکان قدیم یک نوع بحران دردناک معدی نوشته‌اند که کاملاً بدون علت است از این رو آن را بحران دردناک اصلی معده نام نهاده‌اند. امروزه هم با وجود آنکه وسایل تحقیق زیادتر شده است از این قبیل بحران‌های دردناک دیده می‌شود. نهایت اینکه این قبیل بحران‌ها غالباً در بیمارانی عارض می‌شود که دچار سمپاتیکوتونی دائمی باشند.

گاستروکسی - در بعضی از جوان‌های ظاهراً سالم که کار فکری و جسمی زیاد دارند و اعصابشان سخت خسته و فرسوده است، گاهی بحران‌های دردناک معدی پیدا می‌شود که با استفراغ شدید و سر درد همراه است. این بحران‌ها را پزشکان قدیم گاستروکسی می‌نامیدند. این بحران‌های دردناک که ماهی یکی دو مرتبه ممکن است تکرار شود بی‌شباهت به حملات میگرن (سردرد دوره‌ای) نیست و شاید همان عللی که سبب میگرن می‌شود این بحران‌ها را نیز ایجاد می‌نماید. به هر حال این بیماران کم و بیش دچار اختلالات دستگاه عصبی - نباتی هستند.

درمان - ابتدا باید درد و ناراحتی‌های بیمار را تسکین داد و سپس به درمان علت که غالباً سیفیلیس است پرداخت. در مواردی که تشخیص بحران‌های دردناک معدی تابس مسلم شده است از به کار بردن هر نوع داروی مسکنی که ممکن است مؤثّر واقع شود نباید خودداری نمود.

خونریزی از روده

خونی که از راه رودهٔ مستقیم دفع می‌گردد، امکان دارد از نقاط مختلف دستگاه گوارش آمده باشد و شاید به صورت‌های مختلف دفع و دیده شود. این خونریزی گاهی روشن و به صورت خون تازه و قرمز رنگ است و گاهی تیره و سیاه و آلوده با مواد دفعی است. در هر حال خونریزی از ناحیهٔ مقعد را ملنا می‌نامند. اگر خون روشن و تازه باشد، نشانهٔ خونریزی از نقاط رودهٔ بزرگ و یا انتهای آن است و باز باید گفت بیشتر نشانهٔ هموروئید (بواسیر) است، ولی هنگامی که خون به صورت سیاه و با مدفوع دفع گردد، نشانهٔ خونریزی در نقاط بالای دستگاه گوارش چون معده، کبد و نقاط دیگر است که به سه صورت جلوه‌گر می‌شود:

۱ـ ملنای بسیار فراوان

اگر یک دفعه خونریزی سیاه یا سیاه رنگ دفع گردد، وضع بیمار رو به وخامت می‌گذارد و معمولاً این ملنا مربوط به زخم اثناعشر می‌شود.

۲ـ ملنای فراوان

این خونریزی نسبتاً زیاد دیده می‌شود و خصوصیات بالینی آن ایجاد ناراحتی در بیمار و چندین مرتبه تکرار آن است که سبب کم‌خونی شدید و خطرات مربوط به آن می‌گردد. در این حال خون متعفن و سیاه رنگی که به شکل ملنا خارج می‌گردد، گاهی خالص است و گاهی با مدفوع همراه است. در صورتی که با یک یا چند تنقیهٔ کوتاه محتویات قسمت‌های آخر رودهٔ بزرگ را خالی کنند، ملنا بیش از ۳ـ۴ روز ادامه نمی‌یابد. البته این در مواردی است که خونریزی اصلی قطع شده باشد.

تا چهار پنج روز پس از بروز خونریزی ممکن است درجهٔ حرارت بدن بیمار تا یک درجه یا یک درجه و نیم بالا رود و پس از آن طبیعی گردد.

۳ـ ملنای خفیف یا خونریزی پنهانی

این شکل خونریزی شاید فراوان‌ترین شکل خونریزی‌های روده یا معده باشد که فقط آزمایشگاه می‌تواند تشخیص صحیح را بدهد. زیرا مقدار خون به آن اندازه نیست که تغییر شکل و رنگ مدفوع را باعث شود. بهترین راه شناسایی این خونریزی‌ها آزمایش شیمیایی است. برای جلوگیری از عواملی که ممکن است سبب اشتباه گردد باید بیمار مدت چندین روز رژیم مخصوص (سفید) داشته باشد که بیشتر شامل سیب‌زمینی و مواد نشاسته‌ای است. به هر حال رژیم این بیماران نباید شامل گوشت و همچنین سبزیجات باشد.

نیز برای روشن شدن اینکه خونریزی از داخل دستگاه گوارش است، باید معاینهٔ دقیق از لثه‌ها، لوزه‌ها و بینی به عمل آید، چون ممکن است خونریزی شبانه از بینی و داخل شدن آن در دستگاه گوارش چنین نشانه و عارضه‌ای را باعث شود.

علائم خونریزی

بزرگ‌ترین نتیجهٔ خونریزی به هر صورت که باشد کم خونی شخص است و بر حسب آنکه خونریزی ناگهانی و شدید یا پنهانی و مکرر باشد، نوع آن فرق می‌کند. پس از خونریزی‌های شدید و ناگهانی معمولاً یک کم‌خونی حاد شدید عارض می‌شود. در صورتی که در خونریزی‌های مکرر و پنهانی کم‌خونی مزمنی فرا می‌رسد که ممکن است از لحاظ وخامت خفیف‌تر باشد. حال عمومی بیمار دچار ضعف و ناراحتی بوده، ضربان نبض شدید است و غالباً عرق سرد می‌کند. حالت وحشت و اضطراب دیده می‌شود.

علت خونریزی‌ها

۱ـ بیماری‌ها و زخم‌های معده و اِثناعشر

۲ـ بیماری‌های دیگر دستگاه گوارش، پریتونیت، آپاندیسیت، کوله سیستیت.

۳ـ هموفیلی و بیماری‌های خونی، ورم شریان قلبی (آئورتیت)

۴ـ بعد از اعمال جراحی بر روی شکم

۵ـ بیماری‌های کبد، کیسهٔ صفرا، بزرگی طحال.

راه چاره و درمان

باید گفت علت ملنا (خونریزی از روده‌ها) هر چه باشد باید تا رسیدن پزشک بیمار را تحت مراقبت و توجه قرار داد تا از پیشرفت بیماری و خطر جلوگیری شود.

یک ـ باید بیمار را به پشت خوابانده، از حرکت منع نمود و تقریباً اجازهٔ هیچ حرکت و کاری را به او نداد. حتی حرف زدن، خوردن، آشامیدن را نیز قدغن کرد.

دوـ کیسهٔ یخ بر روی شکم بیمار گذاشت.

سه ـ در خونریزی‌های زیاد بیمار احساس تشنگی خواهد کرد که باید با تکه‌های یخ به تدریج عطش او را تسکین داد.

چهارـ مصرف داروهای خون‌بندآور با اجازه و دستور پزشک به کار برده شود.

پنج ـ برای جبران کم خونی، تزریق خون و سرم‌های مختلف بسیار ضروری است.

خونریزی حاد از دستگاه گوارشی فوقانی (فوریت پزشکی)

خونریزی ناگهانی از دستگاه معده‌ای ـ روده‌ای فوقانی، معمولاً منجر به هماتمز و یا ملنا می‌گردد.

استفراغ با رنگی در زمینهٔ قهوه حتماً نباید به علت وجود خون باشد که تغییر ماهیت داده است؛ بلکه می‌تواند به علت مصرف آبجو، کاکائو، عصارهٔ گوشت و غیره در زمان نزدیک باشد. در مواردی که شک وجود دارد، آزمایش استفراغ از نظر وجود خون مخفی، معمولاً حقیقت را روشن می‌کند.

به همین طریق، دفع مدفوع سیاه‌رنگ ممکن است بیشتر به هنگام درمان خوراکی آهن یا خوردن فراورده‌های ضد اسید حاوی بیسموت (مثل قرص‌های Roter) دیده شود تا اینکه به علت وجود خون تغییر ماهیت داده باشد.

اگر چه گاهی ممکن است منشأ خون تازه‌ای که از رکتوم (مقعد) دفع می‌شود، ضایعه‌ای در دستگاه معده‌ای ـ روده‌ای فوقانی باشد، ولی معمولاً این شکایت نشان دهندهٔ وجود ضایعه‌ای در ایلئوم انتهایی، کولون، رکتوم یا کانال آنال است.

گاه گاهی دیده می‌شود که بیماری قبل از اینکه هماتمز یا ملنا رخ داده باشد، در اثر یک خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای غش کند. یک شرح حال و معاینات فیزیکی دقیق و کامل، معمولاً تشخیص را روشن می‌کند و معاینهٔ رکتال (توشهٔ رکتال) ممکن است این تشخیص را با آشکار شدن مدفوع قیر مانند تأیید کنند.

تمام بیمارانی که از یک خونریزی حاد دستگاه فوقانی معده‌ای ـ روده‌ای رنج می‌برند، باید در بیمارستان بستری شوند، چون حتی اگر خونریزی اولیه جزئی و ناچیز به نظر برسد، غیر ممکن است بتوان یک خونریزی شدید و خطرناک دیگر را پیش‌بینی نمود که آیا در آیندهٔ نزدیک اتفاق می‌افتد یا نه؟

توصیه می‌شود که از همان ابتدای پذیرش، رسیدگی به وضع بیمار با همکاری یک

جراح انجام گیرد، نه اینکه فقط زمانی عقیدهٔ جراح پرسیده شود که بیمار واقعاً خونی در بدن ندارد.

علل

علل رایج هماتمز و ملنا عبارت‌اند از:

۱ـ زخم اِثناعشر مزمن.

۲ـ زخم معدهٔ مزمن.

۳ـ فرسایش‌های حاد معده‌ای ـ که ممکن است در اثر خوردن آسپیرین، کورتیکوستروئیدها یا فنیل بوتازون باشد، ولی اغلب هیچ علت واضحی نیست.

۴ـ (فتق هیاتوس Hiatus hernia).

۵ـ واریس‌های مری.

خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای گاهی نشانهٔ کارسینوم معده است و همچنین امکان دارد خونریزی ناشی از پارگی‌های مخاطی در قسمت تحتانی مری باشد که به واسطهٔ استفراغ‌های مکرر بدون در نظر گرفتن علت می‌باشد (سندرم Mallory - Weiss).

سایر عللی که نباید فراموش شوند عبارت‌اند از: خوردن داروهای ضد انعقاد و اختلالات خونریزی‌دهنده مثل ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت‌های خون) و تلانژیکتازی هموراژیک فامیلیال (ریزرگ گشادگی خونریز ارثی).

گاهی، حتی پس از بررسی‌های کامل، هیچ‌گونه علتی برای خونریزی آشکار نمی‌گردد.

مناظر بالینی

همان طور که قبلاً ذکر شد، یک خونریزی حاد دستگاه معده‌ای ـ روده‌ای فوقانی معمولاً به صورت هماتمز و یا ملنا ظاهر می‌شود و اغلب همراه با احساس از حال رفتن یا از دست دادن کامل هوشیاری، عرق کردن، تپش سریع قلب، تشنگی و بی‌قراری است.

مسائل اصلی در مورد تصمیم‌گیری عبارت‌اند از:

۱ـ علت خونریزی.

۲ـ مقدار خون از دست رفته.

در چنین شرایطی، غفلت در مورد گرفتن یک سابقهٔ دقیق و معاینات فیزیکی کامل،

آسان رخ می‌دهد؛ ولی حالت اورژانس به ندرت آن قدر شدید است که نتوان چند دقیقه‌ای برای این منظور صرف کرد. ارزیابی بالینی در ابتدا از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است.

۱ـ علت خونریزی

رسیدن به تشخیص درست در مورد علت خونریزی فقط از طریق گرفتن شرح حال و معاینه‌های فیزیکی، تنها در ۵۰ درصد موارد یا کمتر امکان‌پذیر است.

سابقهٔ طولانی نفس تنگی که مربوط به غذا باشد، احتمال زخم معده یا اِثناعشر مزمن را مطرح می‌کند. اگر قبلاً رادیوگرافی دستگاه گوارش فوقانی انجام شده باشد، باید عکس‌ها را حتی‌المقدور به دست آورد و به همین ترتیب مشروح هر گونه عمل جراحی معده که سابقاً انجام شده باشد.

در فرسایش‌های حاد معده‌ای، علائم سوء هضم در گذشته وجود ندارد و یک سابقهٔ اخیر در مصرف الکل، آسپیرین، فنیل بوتازون یا کورتیکوستروئید وجود دارد. اغلب امکان دارد بیمار فراموش کرده باشد که اخیراً آسپیرین خورده باشد و یا ممکن است آن را به حساب دارو نگذارد و موقعی که در این مورد از وی سؤال می‌شود، توضیحی ندهد. همچنین ممکن است بیمار نداند در دارویی که خورده است، آسپیرین نیز جزء یکی از مواد دارو بوده و اگر هر گونه شکی وجود داشته باشد، باید قوطی محتوی دارو را که برچسب دارد به دست آورد و ترکیب فراورده را کنترل کرد.

احتمال فتق هیاتوس زمانی مطرح می‌شود که علامت (سوزش سر دل **heartburn**) در حالت خم شدن به جلو یا دراز کشیدن روی شکم در شب وجودداشته باشد و گاهی همراه با رگورژیتاسیون (برگشت) محتویات معده به داخل دهان است. همچنین ممکن است خونریزی از یک زخم در قسمت داخل توراکس معده باشد که در فتق هیاتوس خارج مری دیده می‌شود و چون مکانیسم‌هایی که از واکنش‌های مری ـ معده‌ای جلوگیری می‌کنند مختل نشده‌اند، سوزش سردل، نشانهٔ بارزی نیست.

اگر طحال قابل لمس باشد، باید به واریس‌های مری مظنون شد. چون اسپلنومگالی قابل اعتمادترین علامت هیپرتانسیون پورتال است. سایر علائم بیماری‌های مزمن

کبدی نیز ممکن است وجود داشته باشند. از جمله؛ یرقان، خشک‌شدن کبد، اسپایدر و آسیت. باید در نظر داشت که میزان بروز زخم اِثناعشر در بیماران دچار سیروز کبدی افزایش می‌یابد. بنابراین لزومی ندارد که واریس‌ها منشأ خونریزی باشند.

احتمال کارسینوم معده با سابقهٔ اخیر بی‌اشتهایی و کاهش وزن مطرح می‌شود. معمولاً با معاینات و آزمایش‌ها وجود ضایعه در خود معده و یا بزرگ‌شدن کبد و طحال بر اثر وجود متاستاز (ریشه دواندن) آشکار می‌شود.

با گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی دقیق باید بسیاری علل غیر رایج را رد کرد. از جمله؛ داروهای ضد انعقاد، سندرم Mallory-Weiss، ترومبوسیتوپنی، تلانژیکتازی هموراژیک فامیلیال و غیره.

۲ـ ارزیابی خون از دست رفته

معمولاً توضیح بیمار و اطرافیان وی در مورد مقدار خون از دست رفته چندان قابل اعتماد نیست و بستگی به عکس‌العمل و حساسیت بیماران مختلف در مقابل این مسئله دارد.

نکتهٔ قابل اهمیت، تصمیم‌گیری در مورد استفاده از تزریق خون است. با در نظر گرفتن اشکال کلینیکی خونریزی و اندازه‌گیری حجم خون، معمولاً زمانی تزریق خون باید انجام شود که:

الف ـ ریت نبض ۱۱۰ در دقیقه یا بیشتر باشد.

ب ـ فشار خون سیستولیک ۱۱۰ میلی‌متر جیوه یا کمتر باشد.

به هر حال، امکان دارد که یک فرد جوان و متناسب، اقلاً ۵۰ درصد حجم خون خود را از دست بدهد ولی فشار خون و ریت نبض وی تغییری نکند یا تغییر کمی داشته باشد. در مورد بیماران مسن که به نسبت در مقابل خونریزی شدید، مقاومت کمی دارند، اغلب عاقلانه است قبل از سقوط زیاد فشار خون، تزریق خون انجام گیرد.

یک نکتهٔ انحرافی در مورد از دست دادن شدید خون این است که راکسیون (رگی - واگی Vasovagal) در زمینهٔ خونریزی مزید بر علت شود. ظاهر بیمار در ابتدا به طور مرگباری رنگ پریده است و فشار خون شدیداً کم می‌شود و فقط در مدت ۱۵ تا ۳۰

دقیقهٔ بعد به طور خود به خود اصلاح می‌شود.

قاعدتاً یک هماتمز خالص نشان دهندهٔ خونریزی وسیع و ملنا به تنهایی بیانگر یک خونریزی کوچک‌تر است. در بیمارانی که ابتدا خونریزی وسیع داشته‌اند، احتمال خونریزی مجدد خیلی بیشتر است تا کسانی که در ابتدا خونریزی کم دارند. و بعد از یک هماتمز، احتمال خونریزی بیشتر است تا بعد از یک ملنا.

بررسی و رسیدگی

۱ـ علت خونریزی

اگر علت خونریزی تا آنجا که ممکن است زود مشخص شود، رسیدگی متوالی به وضع بیمارانی که دچار خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای شده‌اند، آسان‌تر خواهد بود. بسیاری از مراکز برای این منظور از ازوفاگوگاسترو دودنوسکوپی، فیبروسکوپی و رادیوگرافی لولهٔ معده‌ای ـ روده‌ای فوقانی در اولین ساعات پس از پذیرش بیمار، استفاده می‌کنند. این نوع رسیدگی‌ها، هیچ‌گونه خطری در مرحلهٔ حاد ندارند و در موارد انتخابی می‌توانند اطلاعات بی‌نهایت باارزشی را تأمین کنند.

به هر حال، به خصوص آندوسکوپی اورژانس، در همه جا موجود نیست و اگر بلافاصله پس از پذیرش بیمار، خونریزی فروکش کرد، عملی که رایج‌تر است، آزمایش‌های بلع و خوردن باریم است (Barium swallow and meal) که در طول ۲ تا ۳ روز بعد از پذیرش صورت می‌گیرد. بعداً در صورت لزوم، آندوسکوپی انتخابی را می‌توان انجام داد.

اگر نسبت به وجود یک اختلال زمینه‌ای خونریزی سوء ظن وجود داشته باشد، باید شمارش پلاکت انجام گیرد و زمان لخته، خونریزی و پروترومبین اندازه‌گیری شود.

۲ـ ارزیابی و تفسیر از دست دادن خون

اگرچه باید هموگلوبین هر روز اندازه‌گیری شود و حجم (گلبول‌های فشرده Packed-cell) در دست باشد ولی برای این مقصود، نتایج ارزشی ندارند؛ زیرا، ممکن است چندین ساعت یا چندین روز طول بکشد تا رقیقی خون کامل شود. اگر هموگلوبین اولیه ۹گرم درصد میلی‌لیتر یا کمتر باشد مورد استفادهٔ بیشتری برای تزریق خون فوری وجود دارد.

اندازه‌گیری حجم خون توسط گلبول قرمز نشانه‌دار با ایزوتوپ رادیو اکتیو به ندرت در شرایط اورژانس موجود می‌باشد. کنترل فشار وریدی مرکزی به سهولت در دسترس است و یا نشان‌گر مفید (اولیگمی Oligaemia) می‌باشد. این روش مخصوصاً از این نظر مفید است که خطر تسریع افزایش بار قلبی توسط تزریق خون سریع خون را کاهش می‌دهد.

۳ـ رسیدگی‌های عمومی

غالباً اورهٔ خون پس از یک خونریزی معده‌ای ـ روده‌ای حاد، بالا می‌رود ولی افزایش خیلی زیاد اورهٔ خون مثلاً ۱۰۰ میلی‌گرم درصد میلی‌لیتر (۱۸ میلی‌مول در لیتر) یا بیشتر همراه با وجود پروتئین Casts، یا گلبول‌های سفید در ادرار نشان دهندهٔ وجود بیماری کلیوی همراه با این مسئله است. گرفتن نوار قلبی متداول است و رادیوگرافی قفسهٔ سینه نیز ضرورت دارد.

رسیدگی به وضع بیمار

خونریزی بسیاری از بیماران به زودی پس از پذیرش متوقف می‌شود و به جز یک دوره تحت نظر داشتن دقیق و رسیدگی‌های متوالی به منظور تعیین علت خونریزی، روش‌های به خصوص دیگری لازم نمی‌باشد. اغلب خونریزی از واریس‌های مری مشکل کنترل می‌شود و از آنجایی که خونریزی معده‌ای ـ روده‌ای در بیماری‌های مزمن کبدی خطر بیشتری از نظر تسریع نارسایی کبدی دارد، رسیدگی به این مسئله در یک قسمت جداگانه در آخر این فصل مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۱ـ تعیین سازگاری خون

به هنگام پذیرش بیمار یک نمونهٔ خون باید گرفته شود که از نظر اندازه‌گیری هموگلوبین و تعیین گروه خونی لازم است. برای این کار دو لیتر خون سازگار با گروه خون شخص در نظر گرفته می‌شود. اگر این مقدار خون استفاده شد، خون بیشتری برای (تعیین سازگاری خون Crossmatching) آماده می‌شود تا همیشه یک تا دو لیتر خون به سهولت در دسترس باشد.

۲ـ تحت نظر داشتن بیمار

نبض و فشارخون باید هر نیم ساعت یک بار ثبت شود و به علاوه ظاهر عمومی بیمار یادداشت گردد. کادر پرستاری باید در مورد ادامهٔ خونریزی یا عود آن به غیر از استفراغ کردن خون یا دفع مدفوع به صورت ملنای تازه، از مواردی آگاه باشند که عبارت‌اند از:

الف ـ سقوط فشارخون.

ب ـ افزایش ریت نبض.

ج ـ شکایت بیمار در مورد احساس ناگهانی بی‌حال شدن و تشنگی همراه با علائمی مانند رنگ پریدگی، عرق کردن و بی‌قراری.

عدم مراقبت پرستارها و ارزش قائل‌نشدن برای این نکات، ممکن است منجر به تأخیر قابل ملاحظه‌ای گردد و خونریزی بیشتری رخ دهد.

۳ـ تسکین بیمار

بیمارانی که از خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای رنج می‌برند اغلب بی‌نهایت مضطرب و نگران هستند و معمولاً نوعی تسکین لازم است. غالباً برای این منظور مرفین توصیه می‌شود ولی داروی انتخابی نیست. استفادهٔ اصلی مرفین در طب بالینی به عنوان یک (ضد درد Analgesic) است. در خونریزی معده‌ای ـ روده‌ای درد شدید به ندرت وجود دارد و اگر بیمار از درد شکایت داشته باشد، تزریق مقدار زیادی خون معمولاً این درد را بهبود می‌بخشد. بنابراین پس از خونریزی اگر درد شدید شکم ادامه یابد باید نسبت به احتمال یک عارضهٔ اضافی مانند سوراخ‌شدگی ظنین شد و فقط در صورت وجود چنین عارضه‌ای باید ضددردهای قوی داده شود. سایر موانعی که در مورد استفاده از مرفین در چنین شرایطی وجود دارند عبارت‌اند از:

الف ـ مرفین خاصیت هیپوتانسیو دارد و بنابراین باعث سقوط مشخص فشارخون می‌گردد که خود فشارخون به عنوان یک نشان دهندهٔ خونریزی، بیشتر ارزش دارد.

ب ـ مرفین یک استفراغ‌آور قوی است.

ج ـ (داروهای مشتق از تریاک Opiates) حرکات دودی روده را کاهش می‌دهند و چنانچه خونریزی بیشتری اتفاق بیفتد با ایجاد تأخیر در ظاهر شدن مدفوع ملنای تازه،

این خونریزیِ بیشتر را از نظر پوشیده می‌دارند.

به طور کلی به منظور تسکین بیمار، دیازپام ۱۰ میلی‌گرم (I.M) فراوردهٔ مناسبی است و می‌توان آن را برحسب لزوم تکرار نمود.

۴ـ تزریق خون

همان طور که قبلاً گفته شد، موارد استعمال تزریق خون فوری عبارت‌اند از:

الف ـ ریت نبض ۱۱۰ در دقیقه یا بیشتر.

ب ـ فشارخون سیستولیک ۱۱۰ میلی‌متر جیوه یا کمتر.

ج ـ هموگلوبین اولیه ۱۰ گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر یا کمتر.

خون آن قدر تزریق می‌شود تا اینکه نبض و فشارخون به حالت عادی برگردند و ظاهر بیمار به رنگ طبیعی صورتی همراه با دست‌های گرم و نبض پُر درآید. کنترل فشار وریدی مرکزی در مورد اینکه آیا تمام خونی که از دست رفته است جبران گشته یا نه، می‌تواند کمک کند و چنانچه تسهیلات موجود باشد می‌توان از اندازه‌گیری‌های مرتب حجم خون استفاده نمود.

گاهی خونریزی ممکن است به حدی شدید باشد که صبر کردن برای تعیین گروه خون حتی با روش مختصر شده غیر ممکن باشد. در چنین شرایطی چندین روش دیگر برای تأمین حجم خون به طور فوری وجود دارد:

- استفاده از خون گروه O (RH منفی) که سازگاری نشده است که فقط در موارد فوق‌العاده اورژانس ضرورت دارد.
- استفاده از پلاسما یا یک جانشین پلاسما مثل (دکستران Dextran).

انفوزیون فراورده‌های دکستران با وزن مولکولی زیاد قبل از گرفتن خون به منظور تعیین سازگاری خون غالباً با تست Compatibility تداخل می‌کند. به هر حال Macrodex (یک فراوردهٔ دکستران با وزن مولکولی متوسط هفتاد هزار) عاری از این عارضه می‌باشد و احتمالاً جانشین انتخابی پلاسماست.

وقتی که سرعت تزریق خون سریع باشد، ۱۰ میلی‌لیتر از گلوکونات کلسیم ده درصد باید برای هر لیتر خونی که تزریق خون می‌شود به صورت I.V داده شود. بالارفتن پتاسیم

سرم در اثر تزریق خون سریع مقادیر زیاد خون ذخیره شده به ندرت مشکلی را به وجود می‌آورد و با استفاده از خون هر چه تازه‌تر، این مورد نیز می‌تواند به حداقل برسد.

۵ـ آسپیراسیون (تخلیهٔ) معده

معمولاً این عمل ضروری نیست، ولی اگر هر گونه شکی در مورد اتّساع معده به علت لختهٔ‌خون وجود داشته باشد، یک لولهٔ نازوگاستریک باید عبور داده شود و معده توسط محلول سالین نرمال سرد به آرامی شستشو داده شود. پس از آن لولهٔ نازوگاستریک باید در محل خود باقی بماند و هر ساعت آسپیراسیون صورت گیرد. زودرس‌ترین علامت وقوع خونریزی بیشتر خونی بودن محتوی آسپیراسیون می‌باشد.

۶ـ تأمین غذایی

ندادن غذا و گرسنه نگه‌داشتن بیمار غیرمعمول است. یک رژیم سبک را می‌توان از موقع پذیرش بیمار شروع کرد. تأمین آب و رطوبت کافی نیز از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است.

۷ـ جراحی

همان طور که در ابتدای این فصل گفته شد، بهترین طرز رسیدگی به بیماران دچار خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای زمانی به دست می‌آید که مراقبت و رسیدگی به آنها با همکاری مشترک پزشک داخلی و جراح از بدو پذیرش انجام گیرد. اغلب تصمیم‌گیری در مورد اینکه هر بیمار به خصوص چه زمانی احتیاج به جراحی دارد مشکل است؛ اگر چه موارد استفادهٔ عمل جراحی که عموم آن را پذیرفته‌اند، عبارت‌اند از:

الف ـ خونریزی از یک زخم معدهٔ مزمن

ب ـ وجود یک زخم اِثناعشر به مدت چندین سال همراه با وقوع دو حملهٔ قبلی خونریزی یا علائم شدید و یا وجود عوارض دیگر مانند استنوزپیلور.

ج ـ بروز یک زخم اِثناعشر و معده در همان بیمار.

د ـ هرگونه شکی در مورد وجود کارسینوم معده.

هـ ـ چنانچه ۴۸ ساعت پس از پذیرش بیمار در بیمارستان خونریزی هنوز وجود داشته باشد.

موارد ممنوعیت عمل جراحی عبارت‌اند از: همراه بودن بیماری‌های کلیوی یا تنفسی یا قلبی شدید. کلاً فاکتورهایی که بر له یا علیه عمل جراحی می‌باشند، باید در هر فرد بیمار به دقت در نظر گرفته شوند.

درمان و رسیدگی اورژانس به واریس‌های خونریزی دهندهٔ مری

دوباره باید تأکید نمود که در بیماران دارای واریس‌های مری به عنوان یک عارضهٔ سیروز کبدی، حتماً لازم نیست که خونریزی معده‌ای ـ روده‌ای با منشأ واریس باشد. احتمالات دیگر عبارت‌اند از: فتق هیاتوس، زخم مزمن اِثناعشر یا معده، و گاستریت فرسایش. در یک بیمار دچار سیروز، خونریزی معده‌ای ـ روده‌ای از هر مکانی خیلی جدی است، زیرا چه خونریزی با منشأ واریس باشد و چه نباشد احتمال تسریع بروز کمای کبدی همیشه وجود دارد.

همان طور که در بالا شرح داده شد، اولین کار ضروری رساندن خون کافی به منظور برقراری و تأمین حجم خون در گردش می‌باشد.

علاوه بر این، برای جلوگیری از بروز کمای کبدی احتیاطات زیر باید انجام گیرد:

۱ـ خودداری از دادن مرفین به عنوان یک مسکن، برای این منظور داروی انتخابی فنوباربیتون است.

۲ـ نئومایسین خوراکی باید داده شود (روزانه ۶ گرم در دوزهای منقسم).

۳ـ محتویات کولون باید توسط تنقیه، تخلیه شوند.

۴ـ رژیم پروتئینی باید متوقف گشته و تغذیه باید توسط گلوکز به منظور تأمین ۱۶۰۰ *کالری در روز باشد. گلوکز* ترجیحاً *خوراکی داده می‌شود ولی می‌توان آن را از طریق یک* لولهٔ نازوگاستریک داد و یا به صورت یک محلول ۲۰ـ۴۰ درصد انفوزیون کرد (Caval drip).

چنانچه پس از تزریق خون کافی خونریزی متوقف نگشت، باید ۲۰ واحد وازوپرسین در ۱۰۰ میلی‌لیتر محلول ۵ درصد دکستروز به صورت داخل وریدی در مدت ۱۰ـ۱۵

دقیقه انفوزیون (تزریق آهسته) گردد. با استفاده از این روش تقریباً ۷۰ درصد موارد خونریزی کنترل می‌گردد ولی استفاده از وازوپرسین باعث بروز مسائل زیر می‌گردد:

الف ـ وازوپرسین یک منقبض کنندهٔ عروقی است و امکان دارد با ایجاد انقباض شریان‌های کرونری باعث ایسکمی میوکارد بشود. بنابراین باید از مصرف آن در بیماران مسن به علت احتمال وجود بیماری‌های قلب خودداری نمود.

ب ـ غالباً اثر وازوپرسین موقتی است و اغلب چند ساعت بعد خونریزی عود می‌کند. اگر چه می‌توان انفوزیون را تکرار نمود ولی تأثیر وازوپرسین با هر بار استفاده کمتر می‌شود.

ج ـ عوارض جانبی وازوپرسین ناخوشایند است (دردکولیکی شکم و اجابت مزاج) ولی ناچاراً پس از انفوزیونِ یک وازوپرسینِ قوی، به وجود می‌آید.

د ـ وازوپرسین باعث کاهش جریان خون کبد می‌شود و بنابراین امکان دارد منجر به خرابی بیشتر کارکرد سلول‌های کبدی گردد.

برای کنترل خونریزی از واریس‌های مری طریقهٔ دیگری غیر از استفادهٔ وازوپرسین وجود دارد که کمتر ترجیح داده می‌شود و آن عبارت است از تامپون کردن به وسیلهٔ بالون با استفاده از لولهٔ دوبالونی سه حفره‌ای Sengstaken. بالن‌ها قبل از استفاده باید از نظر نشت کردن، کنترل شوند و این کار با بادکردن آنها صورت می‌گیرد. سپس لوله چرب شده و از میان دهان به داخل معده فرستاده می‌شود. بالون پایینی با ۲۰۰ میلی‌لیتر هوا پُر شده و موقعیت آن در معده توسط یک رادیوگرافی شکم کنترل می‌شود. سپس بالونی که در مری قرار دارد توسط هوا تا فشار ۳۰ میلی‌لیتر جیوه اتّساع می‌یابد. سپس کشش ملایمی بر روی لوله وارد آورده و بعد روی چانه توسط نوار چسب ثابت می‌گردد. متعاقب این مسئله بالون پایینی روی وریدهای زیر مخاطی قسمت فوقانی معده فشار آورده و بالون بالاتر روی واریس‌های مری فشار می‌آورد. محتویات معده را می‌توان از داخل حفرهٔ سوم لوله تخلیه کرد و به منظور خارج ساختن بزاق و ترشحات دیگر، عمل خارج کردن مایع توسط دستگاه از گلو را باید مرتب نمود. مسائلی که در این روش ممکن است منجر به عدم موفقیت کامل گردند عبارت‌اند از:

یک ـ این عمل برای بیمار فشار عصبی در بر دارد.
دو ـ امکان دارد جا به جایی لوله به سمت بالا اتفاق بیفتد که متعاقب آن انسداد گلو و (آسفیکسی Asphyxia) رخ دهد.
سه ـ زخمی شدن قسمت تحتانی مری ـ به این دلیل پس از ۲۴ تا ۳۶ ساعت باید بالونی که در مری است تخلیه گردد.
وقتی که عمل تامپون کردن قطع گردید ممکن است خونریزی عود کند و در این حالت جراحی اورژانس یا اسکلروتراپی تزریقی باید در نظر گرفته شود. در چنین شرایطی، عمل جراحی که به منظور کم کردن فشار پورت است خطرناک می‌باشد و زمانی که کارکرد کبد مختل باشد جراحی اورژانس نسبت مرگ و میر بالایی را در بر دارد.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ تمام بیمارانی که دچار خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای هستند، باید در بیمارستان پذیرفته شوند و از همان آغاز کار ترجیحاً تحت نظر مشترک پزشک داخلی و جراح باشند.
۲ـ به منظور دریافتن علت خونریزی و مقدار خون از دست رفته، گرفتن شرح حال دقیق و معاینات فیزیکی اطلاعات با ارزشی را فراهم می‌کنند.
۳ـ در تمام بیماران باید گروه خونی تعیین گردد و به طور معمول ۱ تا ۲ لیتر خون (تعیین سازگاری Cross-Matched) شود.
۴ـ به غیر از تزریق خون، مسائل دیگر در رسیدگی به وضع بیمار عبارت‌اند از: ثبت کردن مرتب با فواصل کوتاه ریت نبض و فشار خون، خودداری از دادن مرفین به عنوان مسکن و در نظر گرفتن احتمال جراحی قبل از اینکه تمام خون بیمار از دست برود.
۵ـ به هنگام وجود بیماری‌های مزمن کبدی بدون در نظر گرفتن منشأ خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای، کُمای هپاتیک خطر بیشتری از نظر وقوع دارد. نئومایسین خوراکی باید داده شود و علاوه بر آن تمام رژیم پروتئینی متوقف گردد.
۶ـ به منظور کنترل خونریزی از واریس‌های مری تزریق داخل وریدی وازوپرسین، بر تامپون توسط بالون ترجیح داده می‌شود، ولی هر دو روش چندان رضایت‌بخش نیستند. در چنین شرایطی جراحی اورژانس خطرناک است، به خصوص به هنگام وجود کارکرد شدیداً مختل شدهٔ کبدی.

خونریزی زیاد هنگام قاعدگی

خونریزی زیادتر از حد طبیعی قاعدگی را در اصطلاح پزشکی منوراژی می‌نامند که علل زیادی موجب این افزایش بیش از حد خون قاعدگی می‌شود.

الف ـ سبب‌های عمومی

۱ـ یرقان شدید و بیماری‌های کبدی

۲ـ هموفیلی

۳ـ پورپورا

۴ـ بیماری‌های ریه چون سل و بیماری‌های قلبی

۵ـ وجود کانون‌های چرکی در بدن چون دندان فاسد یا ورم تخمدان

۶ـ تب‌های عفونی، چون حصبه

۷ـ خستگی زیاد و کار زیاد هنگام قاعدگی

۸ـ اختلال در کار غدد مترشحهٔ داخلی چون تیروئید

ب ـ سبب‌های موضعی

۱ـ ضربه به گلوی رحم

۲ـ افراط در مقاربت

۳ـ بیماری‌های عفونی در ناحیهٔ رحم و تخمدان‌ها چون سوزاک کهنه

۴ـ سیفیلیس (کوفت)

۵ـ فیبروم زیر مخاط

۶ـ پولیپ رحم که ایجاد خونریزی می‌نماید

۷ـ تغییرات مخاط رحم به سبب بند آمدن قاعدگی یا دوران یائسگی

درمان و راه چاره

نکتهٔ مهم آن است که باید علت خونریزی زیاده از حد روشن شود تا درمان واقعی انجام پذیرد اما می‌توان با به‌کار بردن دستورات زیر حتی‌الامکان جلوی خونریزی را گرفت.

۱ـ استراحت کامل (اصولاً باید هنگام قاعدگی از حرکت زیاد و ورزش خودداری کرد.)

۲ـ مصرف غذاهای مقوی و کالری‌دار

۳ـ مصرف روزی ۲ لیتر شیر

۴ـ گذاردن کیسهٔ آب سرد بر پایین شکم

۵ـ خوردن روزی شش عدد قرص ویتامین K

خون دماغ و چارهٔ آن

اصولاً شش نفر از هر دَه نفر در دوران زندگی خود دچار خون‌دماغ می‌شوند. این خونریزی کوچک را اپیس‌تاکسی می‌نامند که بیماری خطرناکی نیست. باید دانست که مخاط بینی خیلی ظریف و از عروق خونی و شریان‌ها غنی است. مخصوصاً در اطفال این کثرت عروق بیشتر است و انگشت نمودن در بینی موجب خراش بر مویرگ‌ها شده و خونریزی ایجاد می‌گردد. در فصل تابستان، بر اثر آفتاب‌زدگی و گرما ممکن است افراد زیادی دچار خونریزی از دماغ گردند که نباید موجب وحشت گردد، چون بر اثر آفتاب ویتامین K در بدن می‌سوزد و نیز مقدار کلسیم و پروترمبین خون کاهش می‌یابد، لذا در مقابل حرارت و باز شدن مویرگ، خون بند نمی‌آید. پس باید به فکر چاره باشید.

مریض را بنشانید، به طوری که سرش کمی به جلو خم شود و به او بگویید از دهان تنفس کند. یقهٔ لباسش را شُل کنید و کمپرس سرد یا کیف یخ روی پیشانی و بینی او بگذارید. با یک باند تمیز یا یک نوار نازک گاز استریل بینی بیمار را پُر کنید و خوب فشار دهید و ته آن را بیرون بگذارید تا در آوردن آن آسان باشد. اگر بتوانید و محلول ۱۰٪ آنتی‌پیرین در منزل داشته باشید، هنگام خون دماغ گاز یا پنبهٔ استریل را در محلول آنتی‌پیرین نموده، داخل بینی نمایید تا خون بند بیاید.

خمیازه

پژوهش‌هایی که در مورد خمیازه به عمل آمده نسبتاً محدود است. این پدیده را نه تنها در انسان بلکه در میمون‌های بزرگ و حیوانات گوشت‌خوار نیز می‌توان مشاهده کرد.

«باربیزه» به کمک پرتونگاری‌هایی که در هر نیم ثانیه انجام داده توانسته است خمیازه را تجزیه و تحلیل نماید. سه مرحله در خمیازه مشخص شده است؛ اولین، مرحلهٔ فعال و فروبردن هواست. دومین، مرحلهٔ اوج فرودادن هوا و سومین، مرحلهٔ غیرفعال و بیرون‌دادن هواست. در اولین مرحله دهان به تدریج باز می‌شود و حلق و حنجره و قفسهٔ سینه متّسع شده، حجاب حاجز پایین می‌آید. اتّساع حلق زیاد بوده و به ۳ تا ۴ برابر اندازهٔ طبیعی خود می‌رسد و استخوان لامی نیز پایین می‌آید. این پدیده‌ها در مرحلهٔ دوم به اوج خود می‌رسند و از این رو ممکن است در این لحظه در اشخاص مستعد دررفتگی فک پیش آید. سومین مرحله غیرفعال بوده و به وسیلهٔ بازدم کند صدادار مشخص می‌شود. اکثراً همراه با خمیازه دست‌ها نیز کشیده می‌شود که به خصوص در حیوان و کودک مشاهده می‌شود.

علل خمیازه ـ در بین علل فیزیولوژیک خواب علت عمده است. خمیازه پیش از خواب و در بیداری وجود دارد. کسالت نیز علت دیگر خمیازه است. می‌دانیم که خمیازه مُسری است و حتی شخص با ۴ تا ۵ بار گشودن دهان می‌تواند در خود ایجاد خمیازه نماید.

مابین علل دیگر باید گرسنگی و یا پُری معده بعد از غذای سنگین و وفور آن را در جریان آبستنی در نظر داشت. مرض خمیازه را به وفور در ضایعات تنهٔ مغزی می‌توان مشاهده کرد. در تومورهای نیم‌کره‌های مغز، خمیازه علامت فشار تنهٔ مغزی در اثر ازدیاد فشار داخل جمجمه و یا نتیجهٔ فتق گیجگاهی است و بنابراین نشانهٔ وخامت عارضه است. خمیازه در آثار تنفسی آنسفالیت لتارژیک شایع بوده، با آه و سکسکه‌های غیرارادی همراه است.

به عقیدهٔ برخی خمیازه یک مکانیسم تنظیم کننده است ولی ماهیت این تنظیم ثابت نشده است. به عقیدهٔ «دمپر» کشیدگی دست‌ها و به نسبت کمتر خودِ خمیازه جریان خون را افزایش داده و کمک به بیدار شدن شخص می‌نماید. به عقیدهٔ «پی‌پر» خمیازه مربوط به اختلال موقتی در مرکز تنفسی است.

باربیزه با مطالعهٔ مکانیزم خمیازه فرضیهٔ شخصی خود را مطرح می‌سازد. خمیازه مربوط به تخلیهٔ ناگهانی است که برخی هسته‌های محرکه در بصل‌النخاع و نخاع گردنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و انتشار این تخلیه به هسته‌های تنه و عضلات اندام‌ها، ایجاد کشیدگی دست‌ها را می‌نماید. این تخلیه تحت فرمان مادهٔ شبکه‌ای حاصل می‌شود که این ماده نقش اصلی را در واکنش‌های بیداری و تنظیم میزان آگاهی بر عهده دارد. از طرف دیگر قشر مغز دارای اثر فیزیولوژیکی روی مادهٔ شبکه‌ای است و به واسطهٔ اثرات آن روی خمیازه، حالات روانی مانند کسالت معلوم می‌شود.

عوامل روحی و حسی که اهمیت زیادی در برانگیختن خمیازه دارند، توسط مادهٔ شبکه‌ای اثر می‌نمایند. برحسب این فرضیه، خمیازه هیچ‌گونه نقش فیزیولوژیکی بازی نمی‌کند. برعکس نقش کشیدگی دست‌ها ممکن است در این باشد که بیداری را بیان نماید. از نظر روانی و حسی، خمیازه نمودار بی‌قیدی و کسالت است که اجتناب از آن در اثر تربیت و تمرین حاصل می‌شود. این عمل را به‌عنوان یک علامت کسالت می‌شناسند.

بخش هفتم ـ حرف د

درد

ده آزمون و ده راهنمای سلامتی

درد قاعدگی (دیسمنوره)

درد معده

دندان قروچه (بروکسیسم)

دیفتری (بیماری مسری و خطرناک)

دیر هضم شدن غذا

دیابت (بیماری قند)

درمان و تجدید حیات در اطاق سی سی یو

درد

امان از کمر درد!

آیا فکر درد بیشتر از خود درد باعث وحشت است؟

درد یک نوع واکنش روانی در برابر عوارض جسمانی است؟

زن‌ها بیشتر و بهتر از مردها تحمل درد دارند؟

آیا احساس درد برای انسان لازم است؟

هیپنوتیزم در جلوگیری و تسکین درد مؤثر است؟

شما از درد چه می‌دانید؟

چیزی که بیشتر افراد در زندگی از آن وحشت دارند درد است. روان‌شناسان می‌گویند فکر درد بیش از چیزهای دیگر باعث وحشت ما می‌شود.

ترس از بیماری، ترس از ناتوانی و حتی ترس از مرگ به علت ترس از درد و رنجی است که امکان دارد در خلال این موقعیت‌ها گریبانگیر ما شود. شاید تعجب کنید اگر بشنوید که ترس بیشتر افراد از درد، بی‌اساس است! یعنی هنگامی که کسی از دردی وحشت دارد، در خیال خود آن را به مراتب بزرگتر از آنچه هست می‌کند و اگر از میزان واقعی درد با خبر باشد از آن نخواهد ترسید و به خوبی آن را تحمل خواهد کرد.

آزمایش روان‌شناسان ثابت کرده است که به طور کلی زن‌ها بهتر از مردها می‌توانند درد را تحمل کنند. ممکن است زن بیش از مرد از درد وحشت کند، ولی قدرت تحملش در برابر آن بیش از مرد است و ظاهراً این موهبت تحمل درد را طبیعت به این علت به زن‌ها عطا کرده که بهتر بتوانند وظایف مادری، بچه‌داری و ادارهٔ خانواده‌ها را انجام دهند.

امروزه دانش پزشکی در زمینهٔ مهارکردن و از بین بردن درد پیشرفت‌های فوق‌العاده‌ای کرده و دیگر نیازی به آن نیست که مانند نیاکان خود از دردهای شدید وحشت داشته باشیم و مجبور به تحمّل آن گردیم.

برای درک روش‌های جدید جلوگیری از بروز درد، ابتدا باید بدانیم درد چیست و چه طور می‌شود که بروز می‌کند. کارشناسان می‌گویند از نظر علمی، درد یک واکنش روانی است. در برابر بروز یک جریان ناگوار جسمی، برای احساس درد، هم جسم فعالیت می‌کند و هم روح، بنابراین حتی دردهای روانی نیز کم و بیش منشأ جسمی دارند. سراسر بدن انسان با رشته‌های فراوان عصب پوشیده شده است. انتهای این رشته‌ها بسیار باریک‌اند و قدرت درک و احساس فوق‌العاده دارند و هر چه به طرف مرکز بدن (نخاع شوکی) می‌روند ضخیم‌تر می‌گردند. رشته‌های عصب در نخاع شوکی (واقع در پشت) تبدیل به طنابی نسبتاً قطور می‌شوند و از مهره‌های پشت مستقیماً به مغز می‌رسند. راستش هنوز دانشمندان از کیفیت بروز درد و احساس آن توسط رشته‌های پی به درستی آگاه نشده‌اند. مثلاً نفهمیده‌اند هنگامی که خار یا سوزنی تیز به نقطه‌ای از بدن ما فرو می‌رود، چگونه رشته‌های باریک عصب از آن متأثر می‌شوند. اما این را می‌دانند که احساس درد، سوزش، خارش، گرما، بریدگی و غیره از راه رشته‌های عصب به نخاع شوکی می‌رسند و از آنجا به مغز منتقل می‌گردند و مغز با احساس درد به ما اخطار می‌کند که در فلان نقطه واقعه‌ای نامطلوب اتفاق افتاده است.

جریان انتقال احساس از راه اعصاب به مغز را در سابق به جریان الکتریسیته تشبیه می‌کردند و ما اکنون می‌دانیم که سرعت انتقال احساس، به سرعت انتقال الکتریسیته نیست. بهتر است آن را به روشن کردن فتیلهٔ دینامیت یا باروت و انفجار آن تشبیه کنیم. وقتی فتیله باروت را روشن کردیم، شعله با سرعت فتیله را طی کرده به مخزن باروت می‌رسد و آن گاه تودهٔ باروت منفجر می‌گردد. در مورد درد، تحریک پوست یا عضله به منزلهٔ روشن کردن فتیله است که به سرعت از اعصاب عبور کرده به مغز می‌رسد. انفجار در مغز صورت می‌گیرد و ما این پیام را به صورت درد احساس می‌کنیم. اما باید دانست جریانی که شرح دادیم مطلقاً جسمی نیست. بلکه روح و احساسات و هیجان‌های ما در احساس این پیام یا درد دخالت تام دارند و چون شدت عواطف هر کس با دیگری تفاوت دارد، لاجرم احساس و درک دردی معین، در افراد مختلف شدت و ضعف پیدا می‌کند.

احساس درد در افراد مختلف

پاره‌ای افراد در برابر درد حساس‌تر از دیگران‌اند. از نظر علمی این افراد دارای «آستانهٔ درد» کوتاهی هستند؛ مثلاً از یک بریدگی کوچک انگشت به هیجان می‌آیند. پاره‌ای دیگر تحملشان به مراتب بیشتر است؛ مثلاً شکستگی دست یا پا را هم به خوبی می‌توانند تحمل کنند. «آستانهٔ درد» در این افراد وسیع است. اما نکتهٔ بسیار جالب آنکه هر یک از افراد یک گروه در موقعیت و حالات مختلف میزان تحمل دردشان تغییر می‌کند. مثلاً زنی از گروه اول که در مطب دندان‌پزشک نیش سوزن کوچکی را نمي‌تواند تحمل کند، هنگام وضع حمل دردهای شدید را بدون استفاده از هیچ دارویی می‌تواند تحمل کند. برعکس، مردی از گروه دوم که شکستگی دست را می‌تواند تحمل کند، در موقعیتی مخصوص مثلاً یک اتاق شکنجه از دست دشمنان، نیش سوزن را هم نمی‌تواند تحمل کند.

این نکته را باید در نظر آریم که درد برای آدمی چیزی لازم است که طبیعت آن را به عنوان اخطاری در وجود ما نهاده است تا در برابر خطرات نابود نشویم. مثلاً فرض کنید اگر احساس درد در ما وجود نداشت، امکان داشت دست یا پای ما بسوزد و خبردار نشویم، یا تیغهٔ شمشیر گوشت بدن ما را جدا کند و چیزی احساس نکنیم. همچنین اگر در برابر نیش و دندان جانوران احساسی به ما دست نمی‌داد، طبیعی است در آن صورت مرگی بی‌درد اما مسلم و زودرس به سراغ ما می‌آمد.

وسایل رفع درد

پاره‌ای از دردها بیش از حد لازم، یعنی بیش از مسئلهٔ خبردار کردن ما، باعث ناراحتی و رنجوری ما می‌گردند. این است که بشر از همان دوران توحش به جُست و جوی وسایل رفع درد و ضد درد پرداخت و آن را از گیاهان مخصوص به دست آورد و مورد استفاده قرار داد.

۱ـ داروها ۲ـ استفاده از نیروهای روانی ۳ـ دخالت مکانیکی و فیزیکی.

چنانکه اشاره شد از دیرباز بشر به خاصیت رفع درد پاره‌ای از گیاهان پی برد و آنها را مورد استفاده قرار داد. این کار اندک‌اندک جنبهٔ علمی گرفت و وارد پزشکی شد.

در همان زمانی که یونانی‌ها، چینی‌ها و مصریان باستان از شیرهٔ خشخاش به عنوان داروی ضد درد استفاده می‌کردند؛ نیاکان سرخ‌پوستان امریکایی به خاصیت جالب عصارهٔ گیاهانی چون اکول و کوکا و غیره پی‌بردند و برای رفع درد و همچنین ایجاد مقاومت بدنی و روحی در کارهای بزرگ از آنها استفاده کردند.

در قرون وسطی در بسیاری از نقاط جهان (مخصوصاً در اروپا) الکل به عنوان داروی ضد درد به میزان زیادی مورد استفاده قرار گرفت. در آن زمان وقتی می‌خواستند بر روی کسی عمل جراحی انجام دهند، برای بی‌حس کردن یا بیهوش کردنش مقدار زیادی شراب کهنه و خالص به او می‌خوراندند! و بیمار در حالی که در یک حالت نشئه و کیف فرو می‌رفت، درد را به خوبی تحمل می‌کرد. جالب آنکه حتی استاد جراح و دستیارانش نیز مقداری از آن شراب می‌نوشیدند تا بهتر بتوانند خستگی عمل را تحمل کنند!

در حال حاضر می‌کوشند برای تسکین درد از استعمال مرفین و کوکائین و غیره خودداری کنند. زیرا این داروها گذشته از خُماری و عوارض نامطلوبی که به بار می‌آورند، خطر اعتیاد هم دارند.

به تازگی دانشمندان داروی مصنوعی خاصی ساخته‌اند که نه عوارض نامطلوب دارد و نه اعتیاد ایجاد می‌کند. این دارو به میزان زیاد برای بیهوش کردن و ایجاد بی‌حسی موضعی مورد استفاده واقع می‌شود. در هر حال هنوز هم داروهای ضد درد، خواه برای بی‌حسی موضعی و خواه برای تسکین یا از بین‌بردن کلی درد، به میزان زیاد مورد استفاده قرار می‌گیرند. چنانکه اشاره شد وسیلهٔ دیگر برای برطرف ساختن درد استفاده از نیروهای روانی است. خواه نیروی روانی یک شخص دیگر (پزشک) و خواه نیروی روانی خود بیمار. مهمترین وسیله در این زمینه هیپنوتیزم است. در مورد هیپنوتیزم زیاد صحبت شده است و حتی پاره‌ای از افراد خواص اغراق‌آمیز به آن داده‌اند، اما آنچه دانش پزشکی تأیید می‌کند آن است که بسیاری از افراد (نه همه) با کمک یک هیپنوتیزم کنندهٔ ورزیده در حالتی قرار می‌گیرند که به خوبی می‌توانند درد را تحمل کنند و اصولاً آن را احساس نکنند.

تا به حال، کشیدن دندان، اجرای جراحی‌های ساده و حتی وضع حمل با استفاده از

هیپنوتیزم بدون استفاده از کوچک‌ترین دارو با موفقیت به انجام رسیده است. تلقین هیپنوتیزور (که فقط به سادگی به بیمار می‌گوید تو دردی احساس نخواهی کرد) باعث می‌شود که وجود او (هیپتوتیزور) بین بیمار و احساس دردش قرار گیرد و در نتیجه بیمار به هیچ‌وجه دردی را احساس نکند.

اکنون دانشمندان با کوشش فراوان مشغول تحقیق و آزمایش هستند بلکه بتوانند روشی ابداع کنند تا با استفاده از آن هیپنوتیزم را در زمینهٔ برطرف‌کردن درد در مورد تمام افراد به کار بندند. زیرا هیپنوتیزم روشی است که نه عارضهٔ روانی دارد و نه عارضهٔ جسمی و در عین حال در تمام مراحل و موقعیت‌های زندگی نیز به آسانی می‌توان از آن استفاده کرد.

راه دیگر در زمینهٔ استفاده از نیروهای روانی، تقویت روحی و مطمئن ساختن خود بیمار است. گرچه ممکن است به نظر عجیب جلوه کند ولی بد نیست بدانید که آزمایش نشان داده بسیاری از افراد معاشرتی که قدرت جوشش و سازش با دیگران را دارند، همین که یک دوستی کوتاه مدت چند روزه با پزشک یا پرستار بیمارستان پیدا کردند، می‌توانند در جوار آن شخص، مثلاً با گرفتن دستش، دردهای شدید را هم به خوبی تحمل کنند. حتی افراد دیرجوش و گوشه‌گیر هم اگر بتوانند با کارکنان درمانگاه و بیمارستان دوستی پیدا کنند، اطمینانی که آن دوست به آنها می‌دهد باعث خواهد شد که درد را تحمل کنند یا کمتر احساس کنند.

همه دیده و شنیده‌ایم که وقتی کودکی برای کشیدن دندان یا عمل جراحی به بیمارستان می‌رود، ترجیح می‌دهد مادرش در کنارش باشد و اگر چنین اجازه‌ای صادر شود مطمئناً کودک درد را بهتر و آسان‌تر تحمل خواهد کرد. علت جریان فوق هم همین است. بیمار در کنار خود شخصی را مشاهده می‌کند که به او اطمینان دارد و همین مسئله باعث می‌شود که او در عرصهٔ خیال خویش درد را بزرگتر نکند...

همه شاهد این تجربه بوده‌ایم که اکثر افراد، وارد آوردن درد را بر وجود خویش بهتر از نیشتر زدن به دمل و آبسه به دست دیگران تحمل می‌کنند. مثلاً در پانسمان زخم یا بریدن یک قطعه گوشت زائد اگر شخص خود این کار را انجام دهد، درد را بهتر تحمل

می‌کند تا زمانی که این کار به دست یک پزشک یا آدم دیگر انجام شود. در هر دو مورد درد یکی است، ولی تحمل آن به دست خود شخص آسان‌تر است. این مسئله به علت بیگانه دانستن افراد است. ما خود را بیشتر از دیگران به بدن و وجود خویش نزدیک می‌دانیم و ترجیح می‌دهیم در این کار به خصوص (مثلاً پانسمان) دیگران دخالت نکنند. هر چه پزشک یا پرستار اعتماد ما را بیشتر جلب کند، تحمل درد راحت‌تر است و به این می‌ماند که خود ما آن را انجام داده‌ایم.

اما جالب‌ترین وسیلهٔ رفع درد که به تازگی در مراکز پزشکی و درمانی مورد استفاده قرار گرفته، دخالت مکانیکی و فیزیکی در مسئلهٔ احساس درد است. هنگامی که بیماری به علت شکستگی استخوان یا سرطان یا یک بیماری دردزای دیگر به دردی شدید و غیرقابل تحمل مبتلا شود و داروهای مسکن هم نتوانند او را تسکین دهند، آن وقت پزشکان با وسایل مکانیکی جریان درد را در عصب مربوط قطع می‌کنند و این درست مثل آن است که جریان برق را در سیمی قطع کنند.

دخالت مکانیکی به چند راه صورت می‌گیرد. یکی اتصال یک جریان خفیف الکتریسیته در محل درد است که مانع انتقال جریان درد می‌گردد. دیگری از راه جراحی است که ریشهٔ عصب را در ناحیهٔ مربوطه قطع می‌کنند. طریقهٔ سوم، روش رادیویی است. بیمار به وسیلهٔ یک دستگاه فرستندهٔ کوچک که در اختیار دارد، به محض اینکه احساس درد کرد، امواجی می‌فرستد که انتقال درد را قطع می‌کند. برای اجرای این کار، یک قطعهٔ پلاتین کوچک در نخاع شوکی بیمار کار می‌گذارند. یک دستگاه فرستندهٔ کوچک با طول موج مخصوص که متناسب با سطح آن قطعهٔ پلاتین کوچک باشد نیز در کمربند بیمار قرار می‌گیرد که دگمهٔ فرستنده را نشان می‌دهد. موج رادیویی مخصوصی به پلاتین می‌رسد و جلوی انتقال درد را می‌گیرد و دیگر بیمار به هیچ وجه احساس درد نمی‌کند. روش آخر، در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج با دردهای دائمی بسیار شدید، به کار می‌رود و نتیجهٔ درخشان هم می‌دهد.

پس به طور کلی مشاهده می‌کنیم که درد آن قدرها هم ترس ندارد. می‌توان آن را تحمل کرد و در صورت عدم توانایی در تحمل، با وسایل فراوان امروزی به خوبی می‌توان

از بروز آن جلوگیری کرد.

نکتهٔ قابل تذکّر در این زمینه آن است که شما هرگز نباید در منزل و سر خود داروهای مسکن قوی مصرف کنید. در منزل فقط می‌توان از داروهای خفیف مسکن استفاده کرد.

در زیر دستورات سودمندی در زمینهٔ مقابله با درد به شما می‌دهیم:

۱ـ ساده‌ترین داروی مسکن که می‌توان آن را مصرف کرد، آسپیرین یا همان دردکش قدیمی است که البته شما فقط در صورتی می‌توانید به مقدار زیاد آسپیرین استفاده کنید که هیچ‌گونه ناراحتی گوارشی نداشته باشید. در غیر این صورت باید از داروهـای دیگـر استفاده کنید.

۲ـ هنگام بروز دردهای عادت مـاهانه از قـرص‌هایی اسـتفاده کـنید کـه قـبلاً آنـها را امتحان کرده‌اید. برای اینکه این قرص‌ها سریع‌تر و بهتر اثر کنند، قبل از خوردن قرص مدت دَه دقیقه تا یک ربع در هوای آزاد راه بروید بعد قرص میل کنید.

۳ـ اصولاً عادت به خوردن قرص مسکن پیدا نکنید. طبیعی است قـرص مسکـن در مورد دردهای روانی و عصبی هم سودمند است و حتی خستگی را هم مرتفع مـی‌کند. ولی تأثیر آنی و موقّت دارد و اعتیاد هم می‌آورد. در این گونه مواقع چند نفس عمیق در هوای آزاد سودمندتر از خوردن قرص مسکن است.

۴ـ هرگز به بچه‌ها داروهای مسکن ندهید، مگر آنکه تب داشته باشند. در مواقع دیگر حتماً با پزشک کودکان مشورت کنید.

۵ـ اگر مبتلا به دردی طولانی شُدید که با خوردن مسکن رفع نشد، حتماً به پزشک مراجعه کنید. حتی اگر سردرد باشد.

دَه آزمون و دَه راهنمای سلامتی

برای ارزیابی میزان سلامتی شما

اکنون دَه آزمون که حاوی سؤالاتی در مورد سلامتی و وضع طبیعی دستگاه‌های اساسی بدن شماست در اینجا ذکر می‌کنیم. فراموش نباید کرد که این سؤالات پزشکی برای همهٔ افراد ضروری است. مخصوصاً از ۴۰ سالگی به بعد باید این سؤالات را که در هر آزمون گردآوری شده نگهداری کنید و هر ماه وضع مزاج و قسمت‌های مختلف بدن خود را بررسی نمایید.

در هر قسمت ۳ سؤال در سه حالت که امکان بروز بیماری وجود دارد، ذکر شده است.

قبل از هر چیز این پرسش‌ها به شما اطمینان خواهد داد که وضع مزاج شما از هر حیث سالم است و ناراحتی و بیماری ندارید و در صورتی که در یک قسمت از بدنتان عارضه‌ای وجود داشته و یا در حال التهاب و شروع بیماری است مطلع شده، زودتر به فکر درمان خواهید افتاد.

آزمون شمارهٔ ۱ ـ دستگاه عصبی و مغز

- ـ آیا در گوش‌هایتان صدا می‌شنوید؟
- ـ آیا احساس سرگیجه و یا به هم خوردن تعادل می‌کنید؟
- ـ آیا شب‌ها از خواب می‌پرید؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگرمجموع نمراتی که به خود داده‌اید ۳ باشد، شما از یک وضعیت خوب مغز و اعصاب برخوردارید. اگر مجموع نمراتی که به خود داده‌اید، ۴ تا ۶ باشد باید بیش از گذشته به

وضع اعصاب و مغز خود توجه کنید. اگر نمراتی که حساب کرده‌اید بیش از ۶ باشد باید قبول کنید که دچار یک اختلال در سیرکولاسیون سربرال (گردش خون مغز) شده‌اید، باید به فکر چاره و درمان باشید.

آزمون شمارهٔ ۲ ـ دستگاه قلب و تنفس

- ـ آیا وقتی که دو طبقه بالا می‌روید دچار نفس تنگی می‌شوید؟
- ـ آیا بدون آنکه کار سختی انجام دهید و یا فشار بر خود بیاورید، دچار تپش قلب می‌شوید؟
- ـ آیا توجه کرده‌اید که گاهی بازوی چپ شما و یا پنجمین انگشت دست چپ شما درد می‌گیرد؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمراتی که حساب کرده‌اید ۳ باشد وضع قلب و تنفس شما بسیار خوب است. اگر مجموع نمراتی که به خود داده‌اید ۴ تا ۶ باشد، باید بیش از گذشته به وضع قلب و تنفس خود توجه کنید. اما اگر نمراتی که حساب کرده‌اید بیش از ۶ باشد تا دیر نشده با یک متخصص مشورت کنید.

آزمون شمارهٔ ۳ ـ دستگاه گوارش

- ـ آیا بعد از غذا معدهٔ شما می‌سوزد یا درد می‌گیرد؟
- ـ آیا احساس می‌کنید که هنگام گرسنگی دلتان درد می‌گیرد و یا مالش دردناک می‌گیرد؟
- ـ آیا دچار یبوست می‌شوید و گاهی دچار اسهال؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات حساب شده ۳ باشد شما از دستگاه گوارش سالم برخوردارید. اگر مجموع نمرات ۴ تا ۶ باشد، بهتر است توجهی به دستگاه گوارش خود بفرمایید. اگر مجموع نمرات بیش از ۶ باشد ضروری است از دستگاه گوارش خود رادیوگرافی و سایر آزمایش‌ها را به‌عمل آورید.

آزمون شمارهٔ ۴ـ دستگاه کبد و کیسهٔ صفرا

- ـ آیا صبح‌ها حالت استفراغ دارید؟
- ـ آیا هنگام بیدار شدن دهانتان پُر آب است؟
- ـ آیا در ناحیهٔ راست شکم سنگینی و یا درد احساس می‌کنید؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات حساب شده ۳ باشد شما از یک کبد و کیسهٔ صفرای سالم برخوردارید. اگر مجموع نمرات ۴ تا ۶ باشد باید به وضع غذای خود دقت و توجه بیشتر بفرمایید. اگر مجموع نمرات بیش از ۶ باشد یک آزمایش دقیق از کبد و کیسهٔ صفرا برای شما ضروری است.

آزمون شمارهٔ ۵ ـ کلیه‌ها

- ـ آیا هنگام روز چرت می‌زنید و احساس میل به خواب می‌کنید؟
- ـ آیا عصرها حس می‌کنید که دست‌هایتان ورم کرده است؟
- ـ آیا ادرارتان با سوزش دفع می‌شود و یا تکرّر ادرار دارید؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات ۳ باشد وضع دستگاه ادراری شما خوب است.

اگر مجموع نمرات حساب شده بین ۴ تا ۶ باشد امکان دارد ضعف کلیه داشته باشید.
اگر مجموع نمرات بیش از ۶ باشد باید هر چه زودتر یک آزمایش کامل از ادرار و خون خود بفرمایید.

آزمون شمارهٔ ۶ـ عروق و جریان خون

- ـ آیا هنگام راه رفتن از پله‌ها احساس کرامپ (چنگ‌شدگی) یا گرفتگی در ساق پای خود می‌کنید؟
- ـ آیا هنگام بیدار شدن در سر خود احساس سنگینی و یا درد می‌کنید و یا در سر تپش و ضربان حس می‌کنید؟
- ـ آیا در چشم‌های خود مگس پران حس می‌کنید؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات ۳ باشد شما هیچ‌گونه نارسایی یا عارضه‌ای در جریان خون ندارید.
اگر مجموع نمرات ۴ تا ۶ باشد در وضع خود دقتی بفرمایید.
اگر مجموع نمرات بیش از ۶ باشد باید فوراً فشار خونتان اندازه‌گیری شود و جریان خون در وریدها نیز اندازه‌گیری شود.

آزمون شمارهٔ ۷ـ چشم و گوش

- ـ آیا وقتی که مشغول مطالعهٔ روزنامه یا کتاب هستید خسته می‌شوید؟
- ـ آیا گوش‌هایتان وقتی که حرف می‌زنید، صدا می‌کند و یا به نظر می‌رسد صدا در آن می‌پیچد؟
- ـ آیا بعد از غذا احساس تنبلی یا خستگی می‌کنید؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات ۳ باشد، شما دچار عارضه‌ای نیستید.
اگر مجموع نمرات بین ۴ تا ۶ باشد بیش از گذشته خودتان را کنترل کنید.
اگر مجموع بیش از ۶ است، ضرورت یک معاینه و مشاوره با متخصص گوش و چشم وجود دارد.

آزمون شمارهٔ ۸ ـ مفاصل

- ـ آیا هنگام بیدار شدن و برخاستن حس می‌کنید که پاها یا بدن شما بسته یا کوفته است؟
- ـ آیا هنگام شب دست‌هایتان خواب می‌رود و یا دچار تورتیکولی (درد گردن) و افتادن سر می‌شوید؟
- ـ آیا پاها و ساق شما هنگام راه رفتن می‌گیرد و یا کشیده می‌شود؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات ۳ باشد که وضع شما خیلی خوب است.
اگر مجموع نمرات حساب شده ۴ تا ۶ باشد شما دچار یک آرتروز (بیماری مفصل) خفیف هستید.
اگر مجموع نمرات بیش از ۶ باشد باید از مفاصل خود رادیوگرافی کنید و خود را درمان بفرمایید.

آزمون شمارهٔ ۹ـ دستگاه تناسلی ادراری

- ـ آیا شما شب‌ها چندین بار جهت ادرار کردن بیدار می‌شوید؟
- ـ آیا تاکنون حس کرده‌اید که موقع ادرار کردن دچار درد و ناراحتی می‌شوید؟
- ـ آیا ادرار شما قطره قطره می‌آید؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات ۳ باشد، وضع شما خوب است.

اگر نمرات ۴ یا بیشتر باشد، باید توجهی به وضع دستگاه ادراری و مجاری آن بفرمایید.

آزمون شمارهٔ ۱۰ـ سوخت و ساز بدن

- ـ آیا روی لالهٔ گوشتان احساس درد می‌کنید؟
- ـ آیا گاهی احساس خستگی دید یا حساسیت در چشم‌ها دارید؟
- ـ آیا حس می‌کنید شقیقه‌هایتان گاهی می‌زند و یا در نقاط دیگر بدن رگ‌هایتان ضربان دارد؟

هرگز	گاهی	غالباً
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۱	۲	۳

اگر مجموع نمرات ۴ تا ۶ باشد، بد نیست به وضع خود توجه بیشتر بفرمایید.

اگر مجموع نمرات بیش از ۶ باشد هر چه زودتر خودتان را به پزشک خانوادگی برسانید و بخواهید که آزمایش بیولوژیکی از شما به عمل آید.

نتیجه ـ اکنون که به همهٔ سؤالات پاسخ دادید، می‌توانید از وضع و سلامت دستگاه‌های مختلف بدن خود به خوبی آگاه شوید. باید در نظر داشت که هر یک از این آزمون‌ها با دقت و زیر نظر متخصصین آماده شده است و شما پس از بررسی خودتان و دقت در این سؤال‌ها یک نتیجه‌گیری واقعی از سلامت خود به دست می‌آورید که می‌توانید در حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری‌های ناشناخته اقدام لازم را بفرمایید و در نهایت، زندگی سالم و با نشاطی را برای خود حفظ فرمایید.

درد قاعدگی (دیسمنوره)

قاعدگی دردناک

قاعدگی معمولاً بدون درد انجام می‌گیرد و گاهی با درد شدید همراه می‌شود. این حالت غیرطبیعی را دیسمنوره گویند و بر دو گونه است:

ابتدایی

بیشتر مادرزادی است و در موارد زیر دیده می‌شود:

۱ـ سوراخ نبودن پردهٔ بکارت که به علت ایجاد فشار تولید درد می‌نماید.

۲ـ تنگی مجرای گلوی زهدان خروج خون را با اشکال مواجه می‌کند.

۳ـ کوچک بودن زهدان

۴ـ وجود پولیپ

۵ـ وجود فیبروم زیر مخاط در صورتی که نزدیک بخش زیرین زهدان باشد. چه در این صورت راه گلوی زهدان را می‌گیرد و خون قاعدگی در زهدان جمع می‌شود و خروجش مشکل می‌گردد.

۶ـ برگشتن زهدان به عقب که در این صورت ممکن است قاعدگی با کمر درد سخت همراه باشد.

۷ـ برگشتن زیاده از حد زهدان به جلو

۸ـ گاهی احتقان بینی سبب درد می‌شود و آن را دیسمنورهٔ بینی گفته‌اند. در چنین حالتی زهدان سالم و عاری از عیب است.

ثانوی

این نوع مدت‌ها پس از آنکه قاعدگی طبیعی و بدون درد صورت گرفته، بروز می‌کند و مربوط به یکی از سبب‌های زیر است:

الف ـ عیب تخمدان‌ها از قبیل:

۱ـ آماس شدید تخمدان‌ها
۲ـ آماس تصلّبی و کیسه‌ای تخمدان‌ها
۳ـ چسبندگی‌های تخمدان به لگن
۴ـ گاهی پانزده روز پس از پایان قاعدگی درد آغاز می‌شود و این مربوط به زمان تخمک‌گذاری است. چنین دردی موقّتی بوده، زود از میان می‌رود.
۵ـ عدم کفایت تخمدان‌ها که عموماً با عدم کفایت دیگر غده‌های مترشح درونی همراه است.
ب ـ عیب زهدان از قبیل:
۱ـ تنگی مجرای گلوی زهدان یا بسته بودن آن
۲ـ کجراهی زهدان
۳ـ پولیپ و فیبروم
۴ـ تورم حاد یا مزمن زهدان
۵ـ دیسمنورهٔ شامه‌ای (غشایی)
۶ـ تورم زهدان که سبب بروز درد می‌شود و هیچ‌گونه مرض علت آن نیست.
ج ـ سبب‌های همگانی از قبیل:
۱ـ هیستری
۲ـ مالاریا
۳ـ گواتر اگزوفتالمیک
۴ـ یائسگی ـ گاهی در زنان سالمند دیسمنوره مقدمهٔ دورهٔ یأس است.

نشانه‌های بیماری و تشخیص

نشانه‌های بیماری برحسب آنکه بیماری‌ها مربوط به زهدان یا تخمدان‌ها باشد مختلف است از این قرار:

در صورتی که به واسطهٔ خرابی کار تخمدان باشد، درد چند روز پیش از قاعدگی شروع می‌شود و با آغاز آن از میان می‌رود. در این حال درد در زیر شکم و بیشتر در ناحیهٔ تخمدان‌هاست.

اگر درد در تمام دورهٔ قاعدگی ادامه یابد مربوط به بیماری‌های زهدان است. در این حال درد با قاعدگی آغاز می‌شود. شدت درد مختلف و گاهی آن اندازه است که حال غش به بیمار دست می‌دهد. درد ممکن است متناوب یا دائمی باشد و گاهی در محل تخمدان‌ها یا زیر شکم و گاهی به اطراف پشت و ران‌ها انتقال می‌یابد.

تپش قلب و شکم درد وجود دارد. برخی بیماری‌ها چون بواسیر، آماس کلیه (نفریت) و واریس که از پیش وجود داشته‌اند، در این هنگام شدت می‌کند. علاوه بر اینها قاعدگی بی‌نظم شده چند روز جلو یا عقب‌تر از معمول آغاز می‌گردد. مقدار خون نیز کم و زیاد می‌شود. اگر درد به واسطهٔ بیماری‌های زهدان باشد، خون دارای لخته است که اغلب خروج یک لختهٔ خون، موقتاً درد را آرام می‌سازد.

در دیسمنورهٔ شامه‌ای (غشایی) درد متناوب و شدید بوده، پس از آنکه پاره‌ای از درون شامهٔ زهدان بیرون شد درد آرام می‌گیرد. شامهٔ بیرون شده گاهی سه گوش بوده از بافت درون زهدان ساخته شده است که در هر گوشه سوراخی دارد. یکی مربوط به گلوی زهدان و دو تای دیگر مربوط به لوله‌هاست. رویهٔ بیرونی این شامه (سطح خارجی غشا) خاکستری رنگ و رویهٔ درونی‌اش کم رنگ، نرم و مانند مخمل دارای موج می‌باشد. چون تکه‌ای از این شامه را زیر ریزبین نگاه کنیم، یاخته‌های آن بزرگ شده و همانند یاخته‌های رسیدوال می‌گردند. غده‌ها درازتر و از هم دور شده و در فواصلشان یاخته‌های گردی جمع آمده‌اند. این بیماران اغلب نازا هستند.

تشخیص بیماری آسان است، چرا که بیشتر اوقات دیسمنوره نخستین نشانهٔ بیماری‌های زهدان به‌شمار می‌آید. از این رو بایستی دستگاه بیمار را به دقت جستجو کرد. در دختران چون نمی‌توان آزمایش کامل نمود، تشخیص مشکل‌تر است. در این حال ناگزیر از رودهٔ راست به آزمایش می‌پردازیم.

در صورتی که برگشتن زیاد از حد زهدان سبب درد باشد نشانه‌های پیش گفته، شدیدتر است و از نخستین روز قاعدگی شروع می‌شود و شدت می‌گیرد. این بیماران اغلب عصبی مزاج فرسوده و خسته به‌نظر می‌آیند و در معاینه به عیوب دیگری نیز برمی‌خوریم. گاه دیده می‌شود که نموّ همگانی بدن نیز غیرکامل است و نشانه‌هایی از عدم

کفایت غده‌های ترشح کنندهٔ درونی در آنان ملاحظه می‌شود.

درمان

پیش از آغاز به درمان باید روش تغذیه، نوع کار، اندازهٔ ورزش، ساعت‌های خواب، اجابت مزاج و سایر وضعیت‌های بیمار را پرسید و دستور لازم داد. سپس آزمایش دقیق به عمل آورد و علت درد را معلوم نمود و به درمان پرداخت.

برای آرامش درد، بیمار باید استراحت کامل نماید و کیسهٔ آب گرم یا تشک الکتریکی زیر شکم و پشت بگذارد و یا آنکه دوش آب گرم بگیرد. داروهای آرام‌بخش چون کدئین، پرامیدون و بروموِر سودمند می‌افتد. در صورتی که درد فقط یک یا دو روز پیش از قاعدگی است و پس از شروع آن آرام می‌شود، استعمال گرانول آتروپین و یا تزریق گرل یکی دو روز پیش از قاعدگی بسیار نتیجهٔ نیکو می‌دهد. اخیراً برای تسکین درد قاعدگی هورمون‌های گوناگون معمول شده است. از آنجایی که عصارهٔ جسم زرد انقباضات زهدان را از میان می‌برد و ماهیچهٔ زهدان را آرامش می‌دهد، تزریق پرولوتون و همانندهای آن مورد دارد. پنج تا دَه میلی‌گرم، یک روز در میان، دَه روز پیش از شروع قاعدگی باید تجویز شود و اگر چنانچه انفانتیلیسم (کودک ماندگی) وجود داشته باشد، در دو هفتهٔ اول پس از پایان قاعدگی، تزریق پرژنون یا عصاره‌های دیگر فولیکولین بایستی با درمان بالا توأم گردد. زیرا گفته‌اند که این عصاره در صورتی که به اندازهٔ کفایت تزریق شود به کُنج زهدان می‌افزاید و ساختمان ماهیچهٔ آن را محکم‌تر و استوارتر می‌نماید.

هورمون دیگری که آزمایش شده و مُؤلّف نیز از آن در بیمارستان نتیجهٔ خوب دیده، هورمون مذکر، تستوسترون است که به مقدار ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم یک روز در میان، در دو هفتهٔ آخر دورهٔ قاعدگی تزریق می‌شود.

در صورت لزوم برای درمان این بیماری می‌توان از عملیات جراحی استفاده کرد. اگر مجرای گلوی زهدان بسته است، باید آن را گشاد نمود. گاهی در مدت قاعدگی وسایلی مخصوص در دهانهٔ زهدان می‌نهند و چون درد مربوط به کجراهی شدید زهدان باشد، باید آن را برطرف کرد. داغ نمودن نقطهٔ آمیزشی که نزدیک شیپورک زیرین واقع شده، در قاعدگی دردناکی که علتش آنجاست سودمند است. بالأخره در آنان که مبتلا به

دیسمنورهٔ بسیار شدید ابتدایی هستند و با هیچ درمان بهبود نیافته‌اند و این درد در واقع زندگی را برای بیمار ناگوار نموده است، بریدن عصب سمپاتیک لگن اغلب درد را یکسره برطرف می‌نماید.

درد معده

درد معده بیماری رنج‌آور و ناراحت کننده‌ای است که باید تا رسیدن به پزشک به فکر چارهٔ آنی بود.

در حال عادی هضم مواد غذایی در معده طوری صورت می‌گیرد که انسان سالم از آن چیزی احساس نمی‌کند و فقط در سه حالت ممکن است که انسان به معدهٔ خود توجه پیدا کند.

۱ـ در موقع گرسنگی، یک نوع احساس خاصی انسان را به خالی بودن معده و احتیاجی که به غذا دارد متوجه می‌سازد.

۲ـ پس از سیر شدن، یک نوع احساس راحتی و رضایت که در ضمن توأم با بی‌میلی حتی نسبت به بهترین غذاهاست، به انسان دست می‌دهد.

۳ـ پس از افراط در غذا، در این صورت یک نوع احساس پُری و کشیدگی و سنگینی در ناحیهٔ معده و بالای شکم بروز می‌کند.

در حالت بیماری ممکن است معده درد بگیرد و این درد معمولاً با علائم گوارشی دیگری همراه است که یا در نتیجهٔ اختلالاتی است که در حساسیت یا ترشح یا قدرت حرکتی معده پیدا شده است یا یک ضایعهٔ عضوی در معده باعث آنها می‌شود.

گاهی درد معده بزرگترین و تنها علامت و نشانهٔ بیماری معده بوده و راهنمای بزرگی برای جلوگیری از پیشرفت بیماری است.

سردستهٔ این قبیل دردها، دردی است که در بحران معدی تابس یا بیماری سیفیلیس دیده می‌شود.

به طور کلی باید گفت که در بیماری‌های معده و شاید هم در تمام بیماری‌های دستگاه هضم درد اهمیت به سزایی دارد، به طوری که می‌توان آن را شایع‌ترین علامتی دانست که بیمار برای برطرف کردن آن از پزشک کمک می‌خواهد.

یک نکتهٔ مهم این است که معدهٔ سالم به تحریک عادی، چون سوزن زدن و امثال آن جواب نمی‌دهد. در حقیقت می‌توان گفت در معدهٔ سالم به استثنای بعضی از قسمت‌های آن که دارای یک نوع حساسیت مبهم است در مقابل تحریکات کمتر واکنش نشان می‌دهد.

برخلاف، در حال مرضی، معده ممکن است دردناک گردد. ولی این درد در نتیجهٔ سوزن زدن و سوزانیدن و امثال آن نیست. بلکه همین قدر که جدار معده تحت کشش سخت قرار گرفت و انقباض شدید پیدا کرد، درد ایجاد می‌شود، خواه معده پُر و خواه خالی باشد.

حساس شدن معده سبب ایجاد بازتاب‌های متعدد می‌گردد. یکی از آنها اسپاسم (انقباض غیرارادی) شدید جدار معده و دیگری بروز یک ناحیهٔ ثابت دردناک در جدار شکم است. این ناحیهٔ دردناک مانند نوار پهنی است که به طور عرضی در قسمت بالای شکم و کنار تحتانی قفسهٔ سینه می‌باشد.

محل احساس درد

غالب بیماران، محل دردهای معده را در ناحیهٔ بالای معده و بالای ناف نشان می‌دهند. ولی اگر ضایعهٔ دردناک در حوالی سر معده باشد ممکن است در ناحیهٔ زیر جناغ سینه حس گردد یا میان دنده‌ها احساس درد شود.

البته در علت‌های مختلف محل درد فرق می‌کند. چنانچه مربوط به زخم اِثناعشر باشد، درد در طرف راست و بالای ناف حس شود. گاهی این دردها مانند سیخی است که از جلو شکم فرو می‌برند و در عقب نیز حس می‌شود.

به هر حال تعیین علت واقعی درد با پزشک است و اوست که با معاینه، علت درد و بیماری را پیدا می‌نماید. فقط هنگامی که درد در ناحیهٔ بالای شکم و زیر دنده‌ها و جناغ سینه حس شود، دارای صفات خاصی است که در ذیل یادآوری می‌شود.

درد معده در همه حال درد واقعی نیست بلکه غالباً به یکی از سه شکل زیر درمی‌آید.

۱ـ احساس ناراحتی و سنگینی یا کشش

۲ـ احساس سوزش

۳ـ احساس درد واقعی

و علت‌های زیاد دیگری که باعث ناراحتی می‌شوند.

لذا توصیه می‌شود چنانکه دردهایی بدین صورت احساس گردید، قبل از هر کار شخص بیمار به استراحت بپردازد و چنانچه درد در بالای شکم و زیر دنده‌ها حس می‌شود، سعی شود به نحوی آن ناحیه راگرم نگاه داشت.

از مصرف غذای زیاد و آبکی خودداری شود. خوردن چربی و غذای سرخ شده بر شدت درد و بیماری می‌افزاید؛ پس مطلقاً باید خودداری شود. تارسیدن به پزشک بهتر است غذای خود را فقط منحصر به کمپوت سیب نمایند. دم‌کردهٔ سنبل‌الطیب نیز در آرامش بخشیدن و تسکین درد اثر دارد.

دندان قروچه (بروکسیسم)

دندان قروچه به علت تورم و ناراحتی‌های دستگاه گوارش، وجود انگل در معده و روده‌ها، اضطراب، نگرانی و نابسامانی‌های روحی ایجاد می‌شود.

به طوری که در میان مردم جامعهٔ ما شایع است، دندان قروچه کردن افراد و اطفال در شب را نشانه‌ای از وجود انگل در روده‌های آنها می‌دانند. در صورتی که تورم و ناراحتی و یا تحریکات روده و معده عامل اساسی دندان قروچه یا عکس‌العمل بدن در مقابل آن است و یکی از عوامل تحریک روده‌ها نیز انگل‌ها هستند.

اخیراً روان‌شناسان و روان‌پزشکان نظریهٔ تازه‌ای در این باب و دربارهٔ این عارضه اظهار داشته‌اند. گرچه دخالت و تأثیر عوامل روانی در سلامت بافت‌های دهانی کاملاً به اثبات رسیده است، لیکن چگونگی این تأثیر و طریقی که طی آن یک عامل روانی سبب ایجاد تغییرات و آسیب‌هایی در نسوج دهانی می‌گردد، به دقت معین نشده است. با این حال بسیاری از عوامل را می‌توان ذکر کرد که سبب ایجاد تغییرات مرضی در محیط دهان می‌شوند و ارتباط آنها با حالات روانی نیز به طور غیرقابل تردیدی به اثبات رسیده است. همچنان که این عوامل متعدد و متفاوت هستند، راه‌های تأثیر عوامل پسیکوسوماتیک (روان‌تنی)، در بافت‌های دهانی و دندانی نیز مختلف است. در هر حال، حالات روانی با یکی از این آثار در حوزهٔ دندان پزشکی مرتبط می‌شوند.

۱ـ اثر مکانیکی، ۲ـ اثر شیمیایی، ۳ـ اثر بیولوژیکی

همچنین اختلالات روانی به طور غیر مستقیم سبب آسیب‌های دهانی و دندانی است که جداگانه به آن اشاره خواهد شد.

مقصود از اثر مکانیکی آن دسته عوارضی است که صرفاً ازراه تأثیر عوامل مکانیکی ایجاد می‌شوند. سردستهٔ این عوامل دندان قروچه است و غیر از آن عادات مختلف دهانی و دندانی، فشارها، تغییرات بزاق (از نظر مقدار ترشح) و عوامل نظیر آن در این دسته قرار

می‌گیرند.

بروکسیسم (دندان قروچه)، ساییدن و آسیا کردن دندان‌هاست بدون اینکه هدف جویدن در میان باشد. این حالت اکثر در شب و هنگام خواب برای بیمار پیش می‌آید و احتمال دارد که هنگام روز و در ساعات بیداری نیز در بعضی افراد دیده شود که در این صورت (بروکسومانی) نام می‌گیرد.

بروکسیسم شبانه اغلب با کابوس‌های وحشتناکی همراه است و بیمار در خواب حرکات و صداهایی نیز از خود بروز می‌دهد. این عده اصولاً متوجه حرکات خود نمی‌شوند و اگر کسی آنها را در همان حال از خواب بیدار کند چیزی به خاطر نمی‌آورند.

شواهد بسیاری وجود دارد که در اطفال که مسائل روانی هنوز پایه و اساسی ندارد و استرس‌ها یا نگرانی‌هایی که بزرگسالان دارند هنوز در آنها ایجاد نشده است، عامل اصلی دندان قروچه و عوارضی نظیر آن همان تحریکات دستگاه گوارش به علت تورم معده، روده و یا عامل انگلی است. سپس وقتی که طفلی دچار دندان قروچه شد، باید او را به طبیب برسانید و خودسرانه به او داروی ضد انگل ندهید. چه بسا با دادن این گونه داروها بر شدت بیماری وی افزوده گردد.

دیفتری (بیماری مُسری و خطرناک)

دیفتری بیماری مُسری و عفونی است که به صورت اپیدمی و پاندمی دیده می‌شود. میکرب بیماری یک نوع باسیل است که در بینی و حلق و حنجره جایگزین شده، غشای کاذب تولید می‌نماید. این باسیل سم ترشح می‌کند.

دیفتری را قبل از میلاد مسیح می‌شناختند ولی مطالعات بالینی «بروتوفو» و شاگردش «تروزو» آن را از سایر آنژین‌ها مُجزّا نمود. بالأخره کشف میکروب به وسیلهٔ «کلب ولفلر» راه را برای تهیهٔ سرم واکسن آماده نمود. بیماری دیفتری در هر سن و سالی مشاهده می‌شود، ولی بیشتر بین ۲ تا ۶ سالگی است. بعضی خانواده‌ها نسبت به این بیماری حساس‌ترند. دیفتری در فصل پاییز و زمستان بیشتر دیده می‌شود.

سرایت بیماری

سرایت بیماری مستقیم و یا غیرمستقیم است. سرایت غیرمستقیم به وسیلهٔ اسباب‌بازی است. به وسیلهٔ لباس و هوای اطاق بیمار نیز انجام می‌شود ولی نادر است. سرایت مستقیم به وسیلهٔ تماس با بیمار انجام می‌شود. قطرات بزاق و عطسه و غیره بهترین وسیلهٔ انتشار میکروب است. بعضی اوقات حاملین سالم و یا بیماران شفا یافته که تا مدتی میکروب در گلو و بینی آنها باقی می‌ماند و یا بیماری آنان تشخیص داده نشده، باعث انتشار بیماری هستند.

۱ـ مشخصات بیماری

بیماری عفونی است و عموماً از راه هوا به لوزه‌ها و بینی و حلق سرایت می‌کند و به وسیلهٔ تکه یا تکه‌های غشای کاذب که معمولاً خاکستری رنگ است، مشخص می‌گردد. اگر این تکه‌های غشای کاذب را کشت دهند، محقّقاً باسیل دیفتری پیدا می‌شود. غالباً در اشخاص بالغ دیفتری ممکن است به صورت تورم ساده بدون غشای کاذب باشد.

دیفتری بینی غالباً به وسیلهٔ ترشحات یک طرفهٔ بینی و تکه‌های مخاط داخل بینی شناخته می‌شود. دیفتری پوست و زخم‌ها به‌ندرت دیده می‌شود.

اگر در آزمایش چرک گلوی مریض مشکوک، باسیل دیفتری پیدا نشد، نباید از معالجهٔ دیفتری خودداری کرد.

۲ـ سرچشمهٔ بیماری

ترشحات حلق و بینی اشخاص مبتلا به دیفتری و اشخاص حامل میکروب و یا ترشحات زخم‌های دیفتری از منابع اصلی هستند.

۳ـ طریقهٔ شیوع و انتقال بیماری

تماس با بیمار یا حامل میکروب و یا اشیای آلوده و یا ترشحات این اشخاص سبب انتقال بیماری می‌شود. شیر هم بعضی اوقات باعث سرایت شده است.

۴ـ دوران نهفتگی بیماری

معمولاً ۲ تا ۵ روز و گاهی بیشتر است.

۵ ـ دوران سرایت و واگیری مرض

این دوران مختلف است، یعنی تا وقتی که باسیل بیماری از ترشحات و نیز ضایعات از بدن محو شود، معمولاً از ۲ هفته کمتر و از چهار هفته بیشتر نخواهد بود.

۶ـ حساسیت و استقامت در برابر بیماری

اطفالی که از مادر مصون به دنیا می‌آیند تا ماه‌های اول زندگی مصونیت دارند و اغلب این مصونیت نوزادان در ۶ ماهگی از بین می‌رود.

محتملاً بیش از نصف مادران امروزی مصون نیستند. مصونیّت‌های طبیعی غالباً از برخورد و تماس با منابع عفونت حاصل می‌شود و مشخص نیست. مصونیت‌های گذران ۱۰ تا ۳۰ دفعه و همچنین مصونیت‌های طولانی را می‌توان به طور مصنوعی ایجاد نمود. یک مرتبه شفا یافتن از بیماری مصونیت دائم نمی‌دهد.

۷ـ استیلای بیماری

ممکن است به صورت انفرادی و یا همه‌گیری وجود داشته باشد. بیماری در ممالک معتدل بیش از جاهای دیگر و در ماه‌های قبل و بعد از زمستان زیاد است. ربع بیماران و نصف مرگ‌های نتیجهٔ دیفتری معمولاً در کودکان کمتر از ۵ سال اتفاق می‌افتد ولی این مسائل بستگی کامل به حالت مصونیت کودکان دارد.

۸ ـ روش‌های کنترل

مهمترین طریقه برای جلوگیری از بیماری عبارت است از مصونیت مصنوعی.

الف ـ جلوگیری

۱ـ همهٔ اطفال باید علیه بیماری مصونیت پیدا کنند و طرز عمل به قرار زیر است:

از ۲ تا ۶ ماهگی توکسوئید دیفتری لازم است که معمولاً آن را با واکسن سیاه‌سرفه توأم می‌کنند و هر یک را به فاصلهٔ یک ماه می‌زنند. این تلقیح بایستی لااقل با یک تزریق دیگر در بین ماه‌های سوم تا دوازدهم تقویت گردد. اگر بخواهیم بیشتر نسبت به دیفتری مراقبت کنیم بهتر است یک دفعه هم در سن قبل از مدرسه و یا هنگام دخول به مدرسه به طفل تلقیح کنیم و باز هم ممکن است در دوران مدرسه و همچنین در ابتدای بلوغ به طفل تلقیح شود. کودکانی که در دوران طفولیت تلقیح نشده‌اند در اولین فرصت بایستی تلقیح گردند. در انگلستان مرسوم است که اولین مصونیت، مابین روز اول تولد تا ماه هشتم زندگی انجام می‌گیرد.

۲ـ اشخاص بالغ مانند پزشکان، آموزگاران، پرستاران، مستخدمین و اشخاصی که در بیمارستان کار می‌کنند نیز باید مصونیت کامل پیدا کنند. در این موارد باید آزمایش راکسیون (عکس العمل)های شدید را دربارهٔ آنها انجام داد. به این منظور باید از عکس‌العمل‌های موضعی و مزاجی جلوگیری شود. البته در اشخاصی که عکس‌العمل ندارند، باید به مقدار معمولی تزریق شود و در اشخاصی که عکس‌العمل دارند باید به مقادیر متوالی و رقیق توکسوئید به آنان زده شود.

۳ـ شیرها را باید با طریقهٔ پاستوریزاسیون ضدعفونی کنیم و یا جوشانده و مصرف نماییم.

۴ـ تعلیم و تربیت اشخاص مخصوصاً اطرافیان بیمار نسبت به احتراز از بیماری و تزریق واکسن ضد دیفتری.

ب ـ کنترل شخص بیمار و یا اشیای محیط

۱ـ شناسایی بیمار و توأم کردن تشخیص بالینی و آزمایشگاهی.

۲ـ جدا کردن بیمار تا موقعی که دو مرتبه به فاصلهٔ ۲۴ ساعت از ترشحات بینی و حلق بیمار نمونه بگیریم و برای کشت به آزمایشگاه بفرستیم ـ بدون اینکه به بیمار دارویی داده باشیم و یا به حلق مالیده باشیم ـ و جواب آن نسبت به باسیل دیفتری منفی باشد.

اگر جایی باشد که به وسایل آزمایشگاهی دسترسی نباشد باید تا ۱۴ روز بعد از تمام شدن بیماری مریض جدا باشد. اگر بیماری محقّق باشد بیمار تا سه هفته یا کمی بیشتر پس از بهبود باید جدا باشد.

۳ـ ضمن بیماری، ضدعفونی کردن اشیای متعلق به بیمار و یا کلیهٔ وسایلی که به وسیلهٔ وی استفاده و آلوده شده است، ضرورت دارد.

۴ـ در آخرِ بیماری تهویه و ضد عفونی اطاق بیمار.

۵ـ قرنطینه ـ کلیهٔ اطفال که با بیمار در تماس بوده‌اند باید جدا شوند و تحت مراقبت قرار گیرند. مخصوصاً اگر احتمال رود که حامل میکروب هستند و یا اینکه ترشحات بینی دارند.

تمام افراد که به غذا دست زده و با کودک سر و کار دارند بایستی از شغل خود مرخص شوند تا وقتی که مسلم شود حامل میکروب نیستند.

۶ـ مصونیت ـ تمام کودکان کمتر از ۱۰ سال که سابقاً واکیسنه نشده‌اند و با شخص مبتلا تماس پیدا کرده‌اند باید بدون راکسیون شیک به منظور جلوگیری از بیماری آنتی‌توکسین تلقیح کنند. اگر به نظر رسید که واکسن کافی نیست، باید مقداری توکسوئید در همان وقت به کودک داده شود. برای کودکان بزرگتر و اشخاص بالغ معاینهٔ روزانه طبیب لازم است و بعد هم باید به آنها واکسن تلقیح شود.

۷ـ جستجوی کانون بیماری ـ بایستی بیمارانی که دربارهٔ آنها گزارش داده نشده و یا دچار بیمارِی غیرمعمولی بوده‌اند یا حاملین میکروب و حتی شیر را تحت نظر دقیق قرار

داد تا کانون بیماری پیدا شود.

ج ـ جلوگیری از همه گیری

باید فوراً برای مصونیت مصنوعی کوشش نمود و با تلقیح واکسن ضد دیفتری از پیشرفت آن جلوگیری و اطفال کوچک‌تر را حمایت کرد.

دیفتری حنجره یا دیفتری خطرناک (گروپ)

معمولاً دیفتری حنجره‌ای به دنبال آنژین دیفتری که درمان نشده باشد و یا اگر درمان را دیر شروع کرده باشند، ظاهر می‌گردد. در بیشتر کودکان ۲ تا ۵ سال دیده شده است. در اشخاص بزرگ و شیرخواران نادر است.

گاهی دیفتری حنجره‌ای با عفونت‌های ثانوی مانند سرخک و سیاه‌سرفه و گریپ همراه است. فصل سرد و مرطوب برای گروپ مساعد است.

۹ـ علائم بیماری

بیشتر مربوط به مسدود شدن مجرای حنجره (در نتیجهٔ غشای کاذب) مخاط آن و مسمومیت عمومی است.

گروپ سه دوره است:

۱ـ دوران اختلالات صدا، ۲ـ دوران اختلالات تنفس، ۳ـ دوران خفقان.

۱ـ دوران اختلالات صدا

شروع با کندی است. گاهی تب چند روزه و سرفهٔ خشک جلب نظر می‌کند. صدا و سرفه خشن می‌شود. بعد سرفهٔ خشن می‌ماند و صدا خاموش می‌شود. در مرحلهٔ آخر هم سرفه خاموش می‌شود. اگر در این موقع سرم دیفتری تجویز نشود، بعد از یکی دو روز اختلالات تنفس ظاهر می‌شود.

۲ـ دوران اختلالات تنفس

حملات نفس تنگی ظاهر می‌شود. در موقع حملات صورت کبود است. چند دقیقه

طول می‌کشد و بعد حملات نزدیک به هم شده و وارد دوران خفقان می‌شود.

۳ـ دوران خفقان

طفل برای نفس کشیدن سعی زیاد می‌کند و در نتیجهٔ تقلاّ فرسوده می‌شود. تنفس صدادار نیست، برعکس تند و سطحی است. کبودی صورت و دست و پا شدت دارد. گاهی صورت کاملاً سفید و فقط لب‌ها کبود است. نبض کوچک است و عرق سرد تمام بدن را فرا می‌گیرد و در حال اغما مرگ فرا می‌رسد. در دوران اختلال تنفس، استعمال سرم و داروهای ضد اسپاسم ممکن است کمک مفیدی باشد.

اول توباژ و تراکئوتومی را باید به کار برد. اگر غشای کاذب به نای و برونش‌ها برسد تراکئوتومی دیگر مفید نخواهد بود. گاهی گروپ بدون آنژین ظاهر می‌شود.

بعد از تراکئوتومی ممکن است برونکوپنومونی تولید شود.

فرزندان خود را در مقابل این بیماری واکسینه نمایید تا از گرفتاری به آن مصون بوده و حوادث ناگواری پیش نیاید.

۱۰ـ اینک درمان دیفتری

تنها معالجهٔ بیمار با آنتی‌توکسین، کافی و رضایت‌بخش نیست. بهترین راه معالجه، درمان با توکسوئید است.

باید بینی و دهان را ضد عفونی کرد. در اشکالی که با عفونت‌های ثانوی همراه است داروهایی چون پنی‌سیلین و سولفامید به کار برده می‌شود. داروهای زیر را نیز ممکن است تجویز کرد:

۱ـ داروهای مقوی قلب، کامفر، اسپارتئین، اوابائین و غیره.

۲ـ ویتامین C به مقدار ۲۰۰ـ۵۰۰ میلی‌گرم در روز.

۳ـ تزریق کورتون در عضله به مقدار ۲ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن بیمار در روز مفید است.

۴ـ آدرنالین از راه دهان ۱۰ـ۲۰ قطره تا چندین مرتبه در روز (با یک حبهٔ قند).

۵ـ تزریق استریکنین بسیار مفید است و در اشکال سخت به مقدار ۰/۵ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن بدن در روز استعمال می‌شود.

درمان گروپ

علاوه بر سرم، کمپرس گرم در اطراف گردن، شربت برومور و کاردنال (۴ـ۸ سانتی در ۲۴ ساعت) و حتی مرفین (یک میلی‌گرم برای هر سال سن) تجویز می‌شود.

ویتامین C و داروهای مقوی قلب را نیز به کار می‌برند.

دیر هضم‌شدن غذا

ناراحتی‌ها و درد، سنگینی و پُری معده، بی‌اشتهایی و سایر اختلالاتی که در دستگاه گوارش انسان پدید می‌آید را سوء هاضمه یا سوء هضم می‌نامند. نکتهٔ مهم این است که سوء هضم از نظر علمی یک بیماری شناخته نمی‌شود، بلکه نشانه‌ای از بیماری‌های اساسی و اصلی معده و یا سایر دستگاه‌ها به شمار می‌آید.

غالب پزشکان دانشمند امروزی معتقدند که باید لغت سوء هضم را حفظ کرد و آن را فقط در مورد اختلالات دستگاه گوارشی که با درد و ناراحتی همراه است و در آزمایش بالینی و پرتوشناسی و گاستروسکوپی ضایعهٔ عضوی و بیماری دیده نمی‌شود، به کار برد. چون غالب اشخاصی که دچار ناراحتی دستگاه گوارش می‌شوند و یا دچار درد می‌شوند، مشکل را سوء هاضمه می‌نامند؛ بدین علت از سوء هضم در اینجا ذکر می‌نمایم و راه چاره و درمان آن را بیان خواهم داشت.

نکتهٔ مهم و قابل توجه این است که این عارضه و یا عوارضی این چنین در بین اشخاصی پدید می‌آید که زمینهٔ مخصوص عصبی داشته و دچار هیجانات و نگرانی‌ها و بالأخره تحریکات عصبی بوده باشند.

علت سوء هضم

۱ـ ارث در ایجاد سوء هضم دخالت داشته و دارد و در بسیاری خانواده‌ها دیده می‌شود که غالب و یا تمام افراد آن کم و بیش به سوء هاضمه دچار باشند. اما در اینکه آیا خود سوء هضم است که به ارث می‌رسد یا شرایط زندگی و عادت‌های مخصوص است که منتقل می‌گردد، بحث بسیاری می‌شود که هنوز به طور دقیق و صحیح نمی‌توان اظهار نظری کرد.

۲ـ جویدن ناقص غذا، خواه در اثر شتاب‌زدگی در خوردن باشد و خواه در نتیجهٔ خرابی دندان‌ها و نداشتن دندان.

۳ـ بی‌ترتیبی در ساعات غذا و به موقع غذا نخوردن.

۴ـ پُرخوری و بیش از حد غذاخوردن.

۵ـ افراط در غذاهای آبکی و آشامیدنی‌های گازدار.

۶ـ زیاده‌روی در مصرف داروهای اشتهاآور، ادویهٔ مختلف و ترشی‌ها و محرک‌های دستگاه گوارش.

۷ـ استعمال دخانیات و نوشابه‌های الکلی و قهوه و چای به مقدار زیاد.

۸ـ خوردن مواد مختلف در فواصل غذاها مانند شیرینی و آجیل و میوه و غیره.

۹ـ خوردن غذاهایی که بد تهیه شده و یا خوب پخته نشده است. غذاهای بسیار چرب و نان‌های خمیر و غذاهایی که حجم زیاد می‌گیرد؛ مانند آش‌های مختلف و خوردن نان و آبگوشت، آن طوری که در میان بعضی از خانواده‌ها معمول است از عوامل بزرگ سوء هضم به شمار می‌رود.

۱۰ـ اجبار به خوردن غذاهایی که مورد پسند شخص نباشد.

۱۱ـ اشتغال و نگرانی خاطر هنگام غذا خوردن.

۱۲ـ هیجان‌های روحی و تحریکات عصبی و غم و غُصهٔ زیاد، بزرگترین علت سوء هضم و ناراحتی دستگاه گوارش به‌شمار می‌آید.

۱۳ـ کم حرکتی و انزوا و خودداری از ورزش و تمرینات بدنی.

۱۴ـ اشتغال به کارهای جسمی بلافاصله پس از صرف غذا.

۱۵ـ وضع قرار گرفتن بعضی دانش آموزان و برخی پیشه‌وران مانند خیاط و کفش‌دوز.

۱۶ـ تغییر شکل ستون فقرات که خود از بیماری راشیتیسم (نرمی استخوان) و غیره ناشی شده باشد.

۱۷ـ ممکن است ناراحتی‌ها و بیماری‌های سایر دستگاه‌های بدن در ایجاد سوء هضم اثر نماید.

۱۸ـ بیماری‌های دیگر معده که عوارضی مانند سوء هضم می‌دهد؛ چون، زخم معده و اِثناعشر، سرطان معده، پایین افتادگی و اتّساع معده.

۱۹ـ بیماری‌های دیگر دستگاه گوارش؛ آپاندیسیت مزمن و امثال آن نیز در ایجاد

سوء هضم اثر داشته‌اند.

۲۰ـ بیماری‌های کبد تولید سوء هضم می‌کند.

۲۱ـ بیماری‌های کیسهٔ صفرا نیز در ایجاد سوء هضم اثر دارد.

۲۲ـ انگل‌های روده‌ای نیز در بروز سوء هضم اثر دارد.

۲۳ـ ورم لوزالمعده تولید سوء هضم می‌کند.

۲۴ـ بیماری‌های دستگاه تناسلی بانوان ایجاد سوء هضم می‌کند. و نیز باید دانست که قاعدگی و آبستنی در بروز و شدت سوء هضم بانوان دخالت مسلّمی دارد.

۲۵ـ بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار، پایین افتادن سنگ کلیه، نفریت‌های مزمن و تنگی مجرا در ایجاد اختلالات گوارشی و سوء هضم اثر مستقیم دارد.

۲۶ـ بیماری‌های مزاجی؛ چون، چاقی، دیابت، نقرس نیز سوء هضم ایجاد می‌کند.

۲۷ـ آویتامینوزها، کمبود یا فقدان ویتامین‌های مختلف به خصوص ویتامین B و PP در ایجاد سوء هضم مُؤثّر است.

۲۸ـ مسمومیّت‌های مختلف، مزمن و حاد، دارویی و غذایی و مسمومیت‌های اعتیاد به تریاک و الکلیسم از علل شایع سوء هضم است.

۲۹ـ بیماری‌های قلب در ایجاد سوء هضم اثر دارد و نیز سوء هضم باعث آزار قلب می‌شود.

۳۰ـ بیماری‌های خون، چون کم خونی اختلالات گوارشی و سوء هضم به‌دنبال دارد.

۳۱ـ بیماری‌های غدد داخلی، مخصوصاً غدهٔ تیروئید و تخمدان‌ها ایجاد سوء هضم می‌نماید.

۳۲ـ بیماری‌های آلرژیک و حساسیت نیز در بعضی سوء هضم‌ها نقش دارد.

۳۳ـ عوامل عفونی و میکروبی ـ چنانکه می‌دانیم هر عفونت حادی با اختلالات گوارشی موقّتی همراه است که پس از برطرف شدن عفونت و بیماری از بین می‌رود. برخلاف این مورد، سوء هضمی که در بیماری‌های مزمن پیدا می‌شود، ممکن است دوام یابد و از این لحاظ باید گفت که بیماری‌های زیر در درجهٔ اول اهمیت قرار دارد:

ـ سل، مالاریا، دیسانتری (التهاب رودهٔ) مزمن، عفونت‌های گلو و دهان، پیوره،

سینوزیت مزمن.

۳۴ـ تأثیر عوامل عصبی در ایجاد سوء هضم به اندازه‌ای زیاد است که بعضی از پزشکان تمام سوء هضم‌ها را تحت عنوان سوء هضم عصبی نام می‌برند.

در این شکی نیست که بیماران عصبانی به سهولت دچار سوء هضم می‌شوند و سوء هضم هم به نوبهٔ خود عصبانیت را تشدید می‌کند. به همین جهت است که مبتلایان به سوء هضم مزمن به تدریج دچار ضعف عصبی، تشویش، اضطراب و بالأخره حالت مالیخولیایی می‌گردند.

این نوع سوء هضم‌ها غالباً در زنان و به ندرت در مردانی بروز می‌کند که زندگی مرفّه و آسوده‌ای دارند و به اصطلاح (بخور و بخواب) هستند. سوء هضم این بیماران دارای دوره‌های مختلف است که هر دوره غالباً پس از یک شوک عصبی یا روحی پیدا می‌شود. هر چند که اختلالات گوارشی آن چندان مهم به نظر نمی‌رسد، ولی بیمارانی که از ترس درد، از غذای خود می‌کاهند به مرور لاغر و ضعیف می‌گردند و همین لاغری مفرط سبب سقوط معده یا کبد یا روده‌ها می‌گردد و به این ترتیب سندرم گوارشی آنان که ابتدا غیرعضوی یا عملی بود، کم و بیش عضوی می‌گردد.

گذشته از زمینهٔ حساس عصبی و روحی مخصوصی که سبب اختلالات گوارشی می‌گردد بعضی از بیماری‌های مشخص عصبی یا روحی نیز باعث سوء هضم می‌شود؛ چون، اختلال سلسلهٔ اعصاب و اگوسمپاتیک که تعیین نوع این اختلال به درمان بیماری کمک مؤثری می‌نماید.

درمان و چارهٔ سوء هضم

قبل از هر چیز باید علت سوء هضم را تشخیص داد و درمان کرد، ولی چون تشخیص صحیح به دست پزشک باید انجام گیرد، پس تا رسیدن به پزشک ضرورت دارد به دستورات زیر عمل کنید:

۱ـ اصلاح دندان‌ها

۲ـ خوب جویدن غذا

۳ـ تنظیم ساعات غذا و اجتناب از خوردن مواد مختلف از قبیل آجیل و میوه و

شیرینی و غیره در فاصلهٔ غذاها.

۴ـ آرامش خاطر در هنگام غذا خوردن.

۵ـ استراحت پس از غذا و خوابیدن به طرف راست بدن که مدت این استراحت حدود نیم ساعت و یا برحسب نوع و شدت سوء هضم فرق می‌کند.

۶ـ میانه‌روی در غذا خوردن که باید از افراط در خوردن و آشامیدن پرهیز نمایند. البته باید بدانید که کم غذایی نیز خوب نیست.

۷ـ کوتاه کردن فاصلهٔ غذاها.

۸ـ از لاغری و ضعف و سستی بیمار باید جلوگیری شود و با داروهای تقویت او را قوی نگاه‌داشت.

۹ـ عمل روده‌ها را باید تنظیم نمود.

۱۰ـ کبد را باید تقویت کرد و از خوردن اغذیهٔ زیان بخش کبد جلوگیری شود.

۱۱ـ باید به هر وسیله که می‌توان از عصبانیت بیمار جلوگیری کرد و از هر حیث او را خاطر جمع ساخت.

۱۲ـ از خوردن آش، آبگوشت، سوپ، مایعات گازدار و چربی زیاد جلوگیری شود.

۱۳ـ از مصرف ادویه‌جات و مشروبات الکلی جلوگیری شود.

۱۴ـ داروهای آرام‌بخش باید مصرف گردد.

۱۵ـ چنانچه فردی دچار زیادی اسیدیتهٔ معده باشد، با تجویز پزشک از داروهای ضد اسید مصرف گردد.

۱۶ـ چنانچه کمبود اسیدیتهٔ معده حس می‌شود، باید به ترمیم آن پرداخت.

دیابت (بیماری قند)

دانستنی‌های لازم در مورد بیماری‌های قند

شما دیابت دارید؟ اینکه وحشتی ندارد؛ «ژرژکلمانسو» معروف به «ببر فرانسه»، «پل سزان» پدر نقاشی امپرسیونیسم و «پوچینی» بزرگترین آهنگساز ایتالیایی همه دیابت داشتند و یک عمر با عظمت و افتخار زندگی کردند. پس شما هم می‌توانید با وجود ابتلای به بیماری دیابت، با امید و نشاط زندگی کنید و گوی سبقت را در میدان حیات از همگنان بربایید. به شرطی که به این نکات کوچک ولی مهم توجه داشته باشید و ای بسا که توجه به این نکات شما را آدمی سالم‌تر و شادمان‌تر از دیگران کند و عمر طولانی و با نشاطی به شما ارزانی دارد.

تنها شما نیستید که دیابت دارید. یک نظر به آمار زیر نشان می‌دهد که مبتلایان به دیابت در دنیا کم نیستند:

آمار بیماران دیابتیک در کشور امریکا در سال ۱۹۵۰

جمع بیماران دیابتیک	۲/۰۰۰/۰۰۰	نفر
موارد تشخیص داده شده	۱/۰۰۰/۰۰۰	نفر
موارد تشخیص داده نشده	۱/۰۰۰/۰۰۰	نفر

آمار بیماران دیابتیک در کشور امریکا در سال ۱۹۶۵

جمع بیماران دیابتیک	۴/۰۰۰/۰۰۰	نفر
موارد تشخیص داده شده	۲/۴۰۰/۰۰۰	نفر
موارد تشخیص داده نشده	۱/۶۰۰/۰۰۰	نفر

طبق بررسی‌های آماری جدید ۲۵ درصد از مردم امریکا ناقل ژن حامل دیابت هستند. یعنی در واقع بیش از ۵۰ میلیون نفر از مردم امریکا در معرض ابتلای به این

بیماری قرار دارند.

گرچه آمار قطعی مبتلایان دیابت در دنیا دقیقاً معین نشده است. ولی باتوجه به نظریات سازمان بهداشت جهانی در حال حاضر در سرتاسر دنیا حداقل در حدود ۷۰ میلیون نفر مبتلا به بیماری قند هستند (در حدود ۲ تا ۲/۵ درصد جمعیت جهان) و چنانچه موارد ابتلای نهفته و تعداد ناقلین نیز در نظر گرفته شود، این عدد به ۷۵۰ میلیون نفر افزایش می‌یابد که در شرایط خاصی از نظر تغذیه و فعالیت‌های بدنی و مغزی در معرض گرفتاری به بیماری قند قرار می‌گیرند.

در ایران متأسّفانه تاکنون بررسی آماری دقیقی صورت نگرفته است. ولی می‌توان حدس زد که بالغ بر نیم میلیون نفر مبتلا و شاید نیم میلیون نفر دیگر در مراحل اولیه و مخفی این بیماری باشند. امید است که باتوجه شما خوانندگان موفق به حفظ سلامت همگان شویم. اکنون بجاست که مختصری از بیماری قند صحبت شود تا با آشنایی بیشتر به این بیماری «خود را بهتر بشناسید».

مرض قند به دلیل میکروب یا ویروسی عارض نمی‌شود. بلکه یک بیماری تغذیه‌ای است که در آن بدن بیمار قدرت کافی برای استفاده از مواد قندی و نشاسته‌ای و تبدیل آنها به انرژی و حرارت مورد احتیاج خود را ندارد.

دیابت یکی از قدیمی‌ترین امراضی است که بشر به وجود آن پی برده است. شرح این بیماری در پاپیروس‌هایی که از مصر باستانی به‌جا مانده است، ذکر شده و به وسیلهٔ دانشمندان مصری در حدود ۳۰۰۰ سال پیش ـ گرچه به طور ناقص ـ درمان می‌شده است. اطبای یونان قدیم نام دیابت را بدین جهت انتخاب کردند که به معنای جاری شدن از سیفون است و معرّف نوشیدن آب زیاد و ادرار کردن زیاد است.

«سوسروتا» پزشک معروف هندوستان که در حدود ۵۰۰ سال بعد از میلاد می‌زیسته و «ابوعلی سینا» پزشک نامدار ایرانی نیز در نوشته‌های خود از این بیماری نام برده‌اند. در اواخر قرن هفدهم میلادی صفت مالیتوس که به زبان لاتین از کلمه‌ای به معنای عسل ریشه می‌گیرد، به آن اضافه گردید و به نام مالیتوس دیابت (دیابت قند) نامیده شد. بدین ترتیب این نوع دیابت از نوع دیگر که (دیابت بی‌مزه) باشد، مشخص گردید.

در اوایل، تشخیص به وسیلهٔ مزه کردن ادرار صورت می‌گرفت که در صورت شیرین بودن ادرار تشخیص بیماری دیابت قندی داده می‌شد. ولی اکنون امکانات آزمایشگاهی زیادی برای تشخیص هر چه زودتر این بیماری وجود دارد.

علت بیماری قند

علت بیماری قند هنوز خوب شناخته نشده است. ولی به طور کلی همهٔ دانشمندان هم عقیده‌اند که باید اشکالی در عمل انسولین وجود داشته باشد.

انسولین ماده یا هورمونی است که توسط سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس لوزالمعده (پانکراس) به داخل جریان عمومی خون ترشح می‌شود. در شخص سالم پس از خوردن هر غذا مقدار لازم انسولین به وسیلهٔ لوزالمعده به داخل جریان عمومی خون ترشح می‌گردد که به سوخت و ساز و ذخیره شدن قند خون در بدن کمک می‌کند.

در بیماران دیابتی سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس فاقد ترشح انسولین یا دچار کمبود ترشح آن هستند، یا اینکه انسولین ترشح می‌نمایند، ولی بدن این گونه افراد به دلایلی نمی‌تواند از آن به طور کامل استفاده کند.

به طور کلی فرضیه‌های علل ایجاد دیابت به شرح زیرند:

۱ـ عدم ترشح یا کمبود ترشح انسولین در لوزالمعده.

۲ـ وجود مواد مخرّب انسولین در بدن (در کبد).

۳ـ خنثی کردن یک زنجیر مولکولی انسولین به وسیلهٔ زنجیر دیگر آن.

۴ـ تبدیل نوع فعال انسولین به نوع غیر فعال آن.

۵ـ وجود تومور لوزالمعده که موجب جلوگیری از ترشح جزایر لانگرهانس می‌شود.

باید بدانیم که در ایجاد دیابت هیچ نوع باکتری یا ویروسی دخالت ندارد. البته زمینهٔ ارثی و فامیلی مُؤثّر است.

چه کسانی دیابت می‌گیرند؟

عملاً هر کس ممکن است مبتلا به دیابت شود. شیوع ابتلای به دیابت به شرح زیر است:

۱ـ احتمال ابتلای شخصی که از فامیل دیابتی باشد، بیشتر از کسی است که از فامیل

غیردیابتی باشد.

۲ـ احتمال ابتلای بالغین بیشتر از کودکان است.

۳ـ احتمال ابتلای شخص چاق بیشتر از شخص عادی است.

۴ـ احتمال ابتلای شخصی که در سنین بین ۴۵ تا ۷۰ باشد بیشتر از سنین دیگر است.

۵ـ احتمال ابتلای مرد مجرد بیشتر از مرد متأهّل است.

۶ـ احتمال ابتلای زن بیشتر از مرد است.

۷ـ احتمال ابتلای زن شوهردار بیشتر از زن مجرد است.

۸ـ احتمال ابتلای زن بچه‌دار بیشتر از زن بدون بچه است.

۹ـ احتمال ابتلای زن پُر بچه بیشتر از زن کم بچه است.

۱۰ـ احتمال ابتلای مادر با بچهٔ چاق‌تر بیشتر از مادر با بچهٔ لاغرتر است.

بنابراین یک زن چاق ۴۵ تا ۷۰ ساله که از فامیل دیابتی بوده و تعداد بچه‌های او بیشتر و چاق‌تر باشد، بیشتر از همه در معرض ابتلای به بیماری قند قرار می‌گیرد.

انواع بیماری قند

به طور کلی دو نوع دیابت وجود دارد:

۱ـ دیابت کودکان که ۳۰ درصد دیابتیک‌ها را شامل می‌شود.

۲ـ دیابت بزرگسالان که شامل ۷۰ درصد این گونه بیماران است.

به طور کلی نوع دیابت کودکان در تازه بالغین دیده می‌شود که محدود به این سن نیست. در بعضی افرادِ سن بالا که مبتلا به دیابت بزرگسالان شوند ممکن است به طور ناگهانی، بیماری تبدیل به نوع کودکان گردد.

فرق اساسی مابین دیابت کودکان و بزرگسالان در وضعیت ترشح انسولین لوزالمعدهٔ آنهاست. در دیابتیک‌های نوع کودکان عدم ترشح کامل انسولین وجود دارد. یعنی لوزالمعده حتی کمترین مقدار انسولین را هم ترشح نمی‌کند. لذا باید به این گونه بیماران انسولین تزریق نمود. در دیابت‌های نوع بزرگسالان ترشح انسولین وجود دارد، اما یا مقدار آن کم است و یا ترشح کافی است، ولی به دلایلی اثر آن خنثی می‌شود و بیمار

نمی‌تواند از آن در سوخت و ساز مواد قندی استفاده کند.

علائم آگاه کنندهٔ بروز بیماری قند

۱ـ افزایش ناگهانی تشنگی

۲ـ افزایش ناگهانی ادرار

۳ـ افزایش ناگهانی گرسنگی

۴ـ کم شدن سریع و ناگهانی وزن

۵ ـ خستگی، ضعف و خواب آلودگی

۶ـ خارش

۷ـ تیرگی دید

۸ ـ دیرجوش خوردن زخم‌های عفونی

علائم بیماری قند

۱ـ تشنگی زیاد

۲ـ زیاد ادرار کردن

۳ـ پُرخوری

۴ـ لاغر شدن

۵ـ خستگی و ضعف

۶ـ خارش

۷ـ تیرگی دید

۸ـ عوارض پوستی

۹ـ ازدیاد قند خون

۱۰ـ ازدیاد قند ادرار

آیا دیابت نحوهٔ زندگی بیمار را تغییر می‌دهد؟

بهتر است این سؤال را به صورت‌های زیر مطرح کنیم:

آیا بیمار دیابتیک می‌تواند به کار خود ادامه دهد؟

بله. ممکن است بروز این بیماری، مختصر اثری در نحوهٔ کار بیمار داشته باشد، ولی

بیماری قند به هیچ‌وجه مانع کار کردن نمی‌شود. برعکس برخی بیماری‌ها، اصولاً کار برای مبتلایان به بیماری قند خوب است، به شرطی که هر روز به یک اندازه و منظم باشد. کارکردن به سوختن قند کمک می‌کند و موجب می‌شود که ساعات منظمی برای غذاخوردن، زمان خوردن دارو و ورزش وجود داشته باشد. این نظم اهمیت زیادی برای کنترل دیابت دارد.

یک کمیتهٔ امریکایی نظر داده است که دیابتیک‌هایی که بیماری آنها به وسیلهٔ رژیم یا داروهای خوراکی کنترل می‌شود، از نظر جسمی و روانی قادر به انجام هر کاری هستند. فقط آنهایی که انسولین به مقدار زیاد تزریق می‌کنند، نباید در وضعیتی کار کنند که واکنش تزریق انسولین، زیانی برای آنها یا دیگران داشته باشد.

آیا بیمار دیابتیک می‌تواند ازدواج کند؟

دیابت به هیچ‌وجه نباید نقشهٔ ازدواج کسی را تغییر دهد. در نتیجهٔ وسایل درمانی جدید اشکالی در مورد ازدواج و همسری از نظر احساسی، جسمی و مادی برای مبتلایان به بیماری قند وجود ندارد.

آیا صلاح است که بیمار دیابتیک بچه‌دار شود؟

از نظر کلی، دلیلی وجود ندارد که بیمار دیابتیک بچه‌دار نشود. گرچه در صورتی که پدر یا مادر دیابت داشته و یا ناقل بیماری باشد، امکان بیشتری برای تولید بچه‌های مبتلا به دیابت وجود دارد، با این همه دیابتیک‌ها هم می‌توانند بچهٔ سالم و طبیعی داشته باشند. به هر حال بهتر است قبل از ازدواج در این مورد با یک متخصص علم وراثت (ژنتیک) مشورت شود.

در صورت ابتلای بچه‌های بیماران دیابتیک، چه خواهد شد؟

یکی از مسائلی که کودک مبتلا به بیماری قند به آن مواجه است، این است که اشخاص دیگر چگونه نسبت به بیماری او واکنش نشان می‌دهند. مثلاً خیلی مهربان بودن نسبت به وی ممکن است در روحیه‌اش اثر بدی داشته باشد؛ به نحوی که بچه خود را مغبون و بینوا حس کند. در حقیقت کودک یا جوان دیابتیک می‌تواند هر کاری را که

دوستش انجام می‌دهد بکند به استثنای زیاد خوردن شیرینی‌ها. امروزه در کشورهای پیشرفته انواع تنقلات و شیرینی‌جات فاقد قند می‌سازند که از نظر ظاهر همان شکل معمولی را دارند. اگر کودک دیابتیک با دوستان خود به گردش رود می‌تواند از همهٔ تنقّلات و شیرینی‌جات فاقد شکر استفاده نماید بدون اینکه از نظر طعم و شکل ظاهر تفاوتی حس کند.

بچهٔ دیابتیک همیشه می‌تواند زندگی عادی داشته باشد، در صورتی که تعلیمات لازم به او داده شود و احتیاطات لازم دربارهٔ او رعایت گردد. بچه می‌تواند مدرسه برود و در تمام فعالیت‌های کودکان شرکت کند. بالأخره بچه کم‌کم یاد می‌گیرد که چگونه با وجود ابتلای به بیماری زندگی کند و مسائلی که در ابتدا برای او مشکل بود، به صورت عادی درمی‌آید و وقتی که بزرگ شد، می‌تواند هر کاری را که می‌خواهد انتخاب کند. یکی از مهمترین عواملی که می‌تواند به بچه کمک نماید، رفتار سنجیدهٔ فامیل خواهد بود. یک بچه احتیاج به محبت و تفاهم دارد. ولی نباید بیش از حد از او مواظبت شود. برای بچهٔ مبتلا به بیماری قند نباید بیش از حد با دلسوزی رفتار کرد که فکر کند از برادران و خواهران متفاوت است.

اردو برای دیابتیک‌ها

این اردو کمک بزرگی به وضع بهداشت جسمی و روانی کودکان و جوانان دیابتیک می‌نماید. علاوه بر اینکه وسایل معمولی ورزشی و کارهای دستی در اردو موجود است، نحوهٔ تزریق انسولین و انتخاب غذا و مراقبت‌های بهداشتی را به کودکان می‌آموزند. مهمتر از همه اینکه کودک دیابتیک خودش را در محیط آشنا یافته و حس تنهایی نمی‌کند. او ساعت‌ها با همسن‌های خود که بیماری مشابه دارند، بازی و تشریک مساعی می‌کند.

آیا نحوهٔ زندگی بیمار دیابتیک پس از اطلاع از بیماری فرق خواهد کرد؟

روی هم رفته تغییری در زندگی بیمار دیابتیک پس از آگاهی به بیماری صورت نخواهد گرفت و تا وقتی که با پزشکش همکاری کند و نکته‌هایی را رعایت بنماید،

می‌تواند هر کاری را که قبلاً انجام می‌داده، ادامه دهد.

نکاتی که بیمار دیابتیک باید رعایت کند عبارت‌اند از:

۱- رژیم
۲- فعالیت‌های بدنی
۳- مراقبت‌های بهداشتی
الف - مواظبت پاها
ب - مواظبت چشم‌ها
ج - مواظبت دندان‌ها
۴- انجام‌دادن آزمایش‌های ادرار
۵ - دارو درمانی

۱- رژیم

تنظیم رژیم بیمار دیابتیک خیلی اهمیت دارد. در بعضی حالات خفیف مخصوصاً در مورد بیماران مسن تنها رژیم می‌تواند بیماری دیابت را کنترل کند. اغلب چاقی اساسی‌ترین مسئله در دیابت است که مانع درمان با رژیم می‌شود. برای درمان چاقی مدتی رژیمی را که مقدار کالری آن کمتر از میزان مورد احتیاج است برای بیمار تجویز می‌کنند و بدین ترتیب بدن بیمار مجبور می‌شود که از چربی ذخیرهٔ خودش به عنوان منبع انرژی استفاده کند.

برای این منظور رژیمی معادل ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ کالری به بیمار داده می‌شود تا وزن بدن او طبیعی گردد. پس از آن مقدار کالری را بالا می‌برند تا این وزن ثابت بماند. البته، حتی وقتی که وزن طبیعی است شخص دیابتیک باید رعایت بعضی نکات مربوط به رژیم را بنماید. علت این مسئله روشن است. برخلاف اشخاص معمولی ترشح انسولین بیمار دیابتیک نمی‌تواند همگام با مقدار قند وارد در خون او زیاد یا کم شود. پس هر قدر مواد هیدروکربنهٔ بیشتری به بدن برسد، مقدار مصرف انسولین یا داروی خوراکی باید بیشتر شود. این کار اکثراً بیمار را در معرض خطر هیپوگلیسمی (کم شدن قند خون از مقدار طبیعی) قرار خواهد داد که برای بیمار خطرناک خواهد بود.

مقدار پروتئین (مواد گوشتی) رژیم دیابتی با توجه به احتیاجات بدن تجویز می‌گردد. بقیهٔ کالری مورد احتیاج به صورت مواد چربی دیده می‌شود. به طور کلی فرد دیابتی همان غذایی را که سایر افراد فامیل می‌خورند صرف می‌نماید ولی مقدار موادِ پروتئینی تنظیم شده و بعضی غذاها که حاوی قند زیاد باشند خورده نمی‌شود. اگر بیمار چاق باشد رژیم او طوری تنظیم می‌شود که ابتدا وزنش به حالت طبیعی برگردد، بعد ممکن است کمی کالری غذایش زیاد شود و همین وزن طبیعی ثابت بماند. در رژیم همچنین باید به سن و نحوهٔ کار توجه داشت. رژیم طوری باید رعایت شود که بیمار دیابتیک بتواند انرژی لازم را برای کارکردن و تفریح و استفاده از مواهب زندگی داشته باشد و ضمناً مقدار قند خون او هم کنترل شود.

۲ـ فعالیت‌های بدنی

بدن شخص موقع خواب نیز انرژی کافی لازم دارد ولی در موقع بیداری به دلیل فعالیت‌های بدنی از قبیل نفس کشیدن، راه رفتن، کار کردن یا ورزش کردن انرژی بیشتری صرف می‌شود. به طور معمول این انرژی از سوختن مواد قندی و نشاسته‌ای که تغذیه می‌شود ایجاد می‌گردد.

در اشخاص سالم ترشح انسولین طوری صورت می‌گیرد که همگام با جذب مواد قندیِ مصرف شده و مناسب با احتیاج بدن باشد. بیماران دیابتیک این کنترل را ندارند. لذا این گونه افراد ممکن است علاوه بر خوردن غذا برای به دست آوردن انرژی لازم احتیاج به تزریق انسولین یا مصرف داروهای خوراکی داشته باشند.

از این نظر که رژیم غذایی و داروهای لازم برای دیابتیک‌ها طوری تنظیم شده است که به او انرژی کافی را برای مقدار معینی از فعالیت‌های بدنی می‌دهد، لذا مقدار این فعالیت باید کاملاً ثابت باشد. مثلاً یک کارگر دیابتیک که در طول هفته کارهای بدنی مشکلی انجام می‌دهد و روز جمعه تعطیل است و در منزل استراحت می‌کند، این امکان وجود دارد که به دلیل عدم فعالیت بدنی مقدار قند خون او زیادتر شود و علائم دیابت بروز نماید. یا یک کتاب فروش مبتلا به بیماری قند که تمام طول هفته را در مغازه‌اش می‌نشیند ولی روز جمعه به باغبانی در منزلش می‌پردازد، ممکن است این فعالیت

غیرعادی مقدار مصرف قندش را به تناسب تزریق انسولین بیشتر کند و احیاناً گرفتار یک واکنش انسولین (هیپوگلیسمی) شود.

بیمار دیابتیک باید فعالیت بدنی خود را متناسب با رژیم غذایی و مقدار دارو تنظیم نماید. اگر به دلایلی فعالیت بدنی او زیادتر یا کمتر از عادی شود (اگر کارش زیادتر بود و یا به دلیل سرماخوردگی در بستر استراحت کرد) باید رژیم غذایی و مقدار داروی خود را طوری تنظیم کند که با وضع جدید فعالیت بدنی او تطبیق نماید. در اینجا پزشک است که به دیابتیک می‌گوید چگونه این نظم را برقرار نماید.

۳ـ مراقبت‌های بهداشتی

توجه به نکات بهداشتی که برای همهٔ افراد لازم است، خصوصاً برای مبتلایان به بیماری قند اهمیت بیشتری دارد، از نظر اجتناب از عفونت‌ها و هر نوع وضع غیرعادی. حتی مختصر سرماخوردگی و بیماری، همچنین بریدگی و زخم لازم است فوراً به پزشک اطّلاع داده شود.

الف ـ مواظبت پاها

هر قدر بیمار دیابتیک پیرتر شود نسبت به بهداشت دست و پایش باید دقت بیشتری نماید و این موضوع از این جهت لازم است که در بیماران دیابتیک اختلال در گردش خون به وجود می‌آید و مبتلایان به بیماری قند ممکن است قادر نباشند که گرما و سرما را به دلیل اختلال در اعصاب حسی به خوبی حس کنند. فقدان حس همراه با مستعد بودن برای عفونت می‌تواند زخم کوچکی در پا را تبدیل به زخم عمیق و صعب‌العلاج نماید.

رعایت نکات زیر به وسیلهٔ مبتلایان به بیماری قند تا حدودی از بروز این نوع ناراحتی‌ها جلوگیری می‌نماید.

۱ـ حمام کردن روزانهٔ پاها با آب نیم گرم و تعویض روزانهٔ جوراب‌ها.

۲ـ زگیل و میخچهٔ پا لازم است به وسیلهٔ پزشک معالجه شود، نه خود بیمار.

۳ـ ناخن‌ها باید به دقت با ناخن‌گیر یا قیچی گرفته شود. ناخن‌هایی که خیلی کلفت شده‌اند باید به وسیلهٔ پزشک درآورده شوند.

۴ـ هرگز با پای لخت راه نروند.

۵ـ کفش‌ها نباید خیلی تنگ باشند و بهتر است کفش سفارشی بپوشند.

۶ـ اگر پوست پا خشک باشد، مواد و روغن‌های نرم کننده که به وسیلهٔ پزشک تجویز شده است به آن مالیده شود.

۷ـ نباید مواد ضد عفونی کنندهٔ قوی مانند ید به پوست مالید.

۸ـ لازم است از گرمی و سردی زیاد اجتناب کرد. استفاده از کیف آب گرم و تشک گرم‌کن برقی باید با دقت صورت گیرد.

۹ـ بیماران دیابتیک پیر باید از کارها و فعالیت‌هایی که ممکن است صدمه‌ای به پایشان بزند، اجتناب نمایند.

۱۰ـ بهتر است بیمار دیابتیک هر روز پایش را به دقت امتحان کند و حتی کوچک‌ترین عارضهٔ پوستی را به پزشک اطلاع دهد.

ب ـ مواظبت چشم‌ها

اختلال دید اکثراً در دیابتیک‌ها ممکن است بروز کند که علامت مهمی در سیر بیماری است. مراجعهٔ سالیانه به چشم پزشک برای دیدن ته چشم ضرورت دارد.

ج ـ مواظبت دندان‌ها

برای بیماران دیابتیک مراجعه به دندان‌پزشک مرتباً سالی دو بار لازم است. زیرا هر نوع عفونت دندان‌ها یا لثه نیاز به توجه و مراقبت فوری دارد. واجب است که وجود بیماری به دندان پزشک یادآوری گردد تا مواظبت لازمه را بنماید.

۴ـ انجام‌دادن آزمایش‌های ادرار

آزمایش تجسس قند در ادرار اهمیت زیادی دارد؛ زیرا، وضعیت بیماری و حدود کنترل آن را نشان می‌دهد. احتمال دارد در شرایط خاصی به آزمایش‌های دیگر نیز احتیاج باشد. پزشک لازم است نحوهٔ آزمایش ادرار و مواقع انجام آن را به بیمار دیابتیک بیاموزد و بیمار نیز باید هر نوع تغییری را به پزشک اطلاع دهد. گزارش دقیق نتایج این

آزمایش‌ها به پزشک فرصت می‌دهد که رژیم و فعالیت‌های بدنی و دارو درمانی را با وضعیت بیمار تطبیق نماید.

در اینجا دو نوع آزمایشی را که برای تعیین کردن مقدار قند ادرار رایج است نام می‌بریم:

الف ـ دستگاه کلینی تست ـ شامل قرص و لولهٔ آزمایش و قطره چکان و صفحهٔ مقایسهٔ رنگ است. نحوهٔ انجام‌دادن آن بدین صورت است که:

۱ـ پنج قطرهٔ ادرار را در لولهٔ آزمایش می‌ریزید.

۲ـ دَه قطره آب به آن اضافه می‌کنید.

۳ـ بعد یک قرص را در داخل لولهٔ آزمایش می‌اندازید.

۴ـ پانزده ثانیه صبر می‌کنید تا جوش قرص برطرف شود.

۵ـ بعد رنگ محلول را با رنگ‌های مختلف صفحهٔ مقایسهٔ رنگ، می‌سنجید.

رنگ محلول در لولهٔ آزمایش مقدار قند ادرار را تعیین می‌کند.

ب ـ روش تست تِیپ ـ به صورت نوارهای ساخته شده‌ای هستند که در بازار به فروش می‌رسند. روش کار این است که:

۱ـ در حدود ۱ـ۲ سانتی‌متر از نوار را کشیده و پاره می‌کنند.

۲ـ نوار جدا شده را در نمونهٔ ادرار وارد می‌نمایند.

۳ـ بلافاصله آن را از نمونهٔ ادرار درآورده و یک دقیقه صبر می‌کنند.

۴ـ تاریک‌ترین قسمت را با صفحهٔ مقایسهٔ رنگ سنجیده و مقدار قند ادرار را اندازه‌گیری می‌نمایند.

هر دو وسیلهٔ آزمایش، باید دور از رطوبت، گرما و روشنایی مستقیم نگاهداری شوند.

۵ ـ دارو درمانی

در سال ۱۹۲۱ در کانادا جراحی به نام دکتر «فردریک بانتینک» و پزشکی به نام «چارلز بست» شیرهٔ لوزالمعدهٔ سگ، خوک و گوسفند را به خون سگ بدون لوزالمعده اضافه کردند و مشاهده نمودند که مقدار قند آن کم شد. آنها نام این شیره را ایسلتن گذاشتند، چون از جزایر کوچک لانگرهانس، ایسلتن به دست می‌آمده است که بعداً نام آن به

انسولین تغییر کرد.

دکتر بانتینگ و همکارش انسولین را برای اولین بار به یک انسان دیابتیک که در شرایط بدی بود، تزریق نمودند که در اثر آن بیمار شفا یافت و ۱۳ سال پس از آن زنده ماند و بالأخره در اثر حادثهٔ اتومبیل فوت کرد، نه بیماری قند. به خاطر این کشف دکتر بانتینگ جایزهٔ نوبل گرفت و از دربار انگلیس لقب سِر برای او تعیین گردید و دکتر بست نیز رئیس یک مؤسسهٔ تحقیقاتی در کانادا شد.

کشف دکتر بانتینگ و دکتر بست یکی از کارهای برجستهٔ علمی بود و از سال ۱۹۲۱ میلیون‌ها نفر از مردم جهان با انسولین معالجه شدند. اشکال انسولین زحمت تزریق روزانهٔ آن است، چون به دلیل خراب شدن آن در شیرهٔ معده خوردن آن فایده‌ای ندارد. علاوه بر این خطر هیپوگلیسمی و چاقی ناشی از تزریق انسولین نیز وجود دارد.

در دَه سالهٔ اخیر دانشمندان یکی از معجزات علم طب را که کمتر از معجزه و کشف انسولین نیست صورت واقعیت دادند و آن کشف داروهای خوراکی ضد دیابت است که به وسیلهٔ آن بیماری بسیاری از مبتلایان به دیابت بزرگسالان کنترل می‌شود. به علاوه شیرهٔ معده آن را حل نمی‌کند و با خوردن آن بیماران از زحمت تزریق راحت می‌شوند. البته باید این نکته را بدانیم که داروهای خوراکی برای همهٔ انواع دیابت مؤثر نیست.

این نوع دارو در اکثر بیماران مبتلا به دیابت پایدارِ بزرگسالان اثر می‌کند و به طور کلی در دیابت کودکان که لوزالمعده‌شان اصلاً انسولین ترشح نمی‌کند و همچنین نوع ناپایدار و شکنندهٔ بزرگسالان ـ که مقدار قند خون آنها مرتباً در حال تغییر است ـ مؤثر نمی‌افتد. این نوع بیماران همیشه به تزریق انسولین یا تجویز همزمان انسولین و داروهای خوراکی نیاز دارند که البته لازم است کنترل رژیمی نیز همراهشان باشد.

برای اکثر بیماران مبتلا به دیابت بزرگسالان که جزایر لانگرهانس آنها فعالیتی دارد و در حدود ۷۰ درصد بیماران دیابتی را شامل می‌شوند، داروهای خوراکی کاملاً مؤثر است و به طور کلی اگر مقدار مصرف این قرص‌ها متناسب با رژیم غذایی و فعالیت بدنی این گونه بیماران باشد موجب از بین رفتن علائم بیماری در آنها می‌گردد.

به علاوه اخیراً «گودنر» رئیس کلینیک دیابت دانشگاه واشنگتن و همکارانش ضمن

تحقیقاتی دربارهٔ گروهی از داروهای خوراکی به نام کرپروپامید معلوم کرده‌اند که این نوع دارو در حقیقت اثر کاملاً فیزیولوژیکی در بدن دارد؛ یعنی، سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس را حساس می‌کند که فقط در مقابل یک محرک فیزیولوژیکی مانند غذا و گلوکز، انسولین در مواقعی ترشح می‌شود که مورد احتیاج بدن باشد و بدین وسیله احتمال هیپوگلیسمی و چاقی بی‌مورد کاهش می‌یابد.

باید بدانیم که با همهٔ کوشش‌هایی که تاکنون به عمل آمده است چون علت واقعی ایجاد بیماری قند روشن نشده است، لذا درمان واقعی آن هم هنوز معلوم نیست. با این حال، اخیراً یک گروه از دانشمندان انسولین سنتتیک ساخته‌اند که امکان اضافه کردن مادهٔ رادیواکتیو بدان وجود دارد. امید است که با این روش بتوان مسیر و مقصد و تغییرات متابولیکی انسولین در اعضای مختلف را بررسی و دنبال کرد و بالأخره به علت ایجاد بیماری قند پی برد و درمان اساسی آن را پیدا نمود.

هدف‌های درمانی

پزشکی که می‌خواهد بیماران دیابتیک را معالجه کند، هدف‌های زیر را دارد:

- اصلاح همهٔ علائم مربوط به دیابت و در صورت فقدان علائم، جلوگیری از بروز آنها به منظور اینکه بیمار مبتلا به بیماری قند بهتر بتواند از زندگی لذت ببرد.
- جلوگیری از بروز بعضی از عوارض دیابت از قبیل ناراحتی‌های کلیوی و قلبی، اغمای دیابتی و هیپوگلیسمی و... یا در صورت وجود این گونه عوارض متوقف کردن و بهبود آنها.

مهمترین چیزی که باید بیماران دیابتیک به خاطر داشته باشند این است که با پزشک همکاری نزدیک داشته باشند. بیمار دیابتیک باید طبیب را از هر نوع تغییراتی که در وضعش ایجاد می‌شود مطّلع نماید، چه از نظر واکنش نسبت به دارو، چه از تغییرات آزمایش ادرار. همچنین هر نوع بیماری که ممکن است عارض او گردد، حتی ساده‌ترین آنها مانند سرماخوردگی و ناراحتی‌های روده‌ای. در این صورت است که پزشک می‌تواند وضع درمانی را با حال بیمار تطبیق دهد. باید بدانیم که اطلاع به پزشک اهمیت دارد ولی اجرای دستورات او خیلی مهمتر است.

درمان و تجدید حیات در اطاق
(سی سی یو) *CCU*

مدتی است که به توسط نامه و یا تلفن اطلاعاتی راجع به عملیات تجدید حیات و چگونگی درمان در اطاق سی سی یو را از ما خواستار شده‌اند که اینک به طور مختصر دربارهٔ این سؤالات پاسخ می‌دهیم.

عملیات تجدید حیات برحسب تشخیص پزشک قلب در مورد بیماری‌های انفارکتوس میوکارد در شروع بیماری، کلاپس (از حال رفتن) قلب و عروق، واماندگی عضلهٔ قلب، برق‌زدگی و خفگی در آب انجام می‌شود. بیمار در شروع بیماری بایستی به سرعت توسط آمبولانس‌های مجهز، به اطاق تجدید حیات منتقل شود و در مسیر راه در داخل آمبولانس عمل تجدید حیات از جمله ماساژ قلب و اکسیژن درمانی انجام گردد.

اینک به طور خلاصه طریقهٔ درمان را نقل می‌نماییم:

۱ـ به محض بستری شدن بیمار در اطاق سی سی یو، تزریق گزیلوکائین داخل وریدی به طور مستقیم (بین ۵۰ تا یک صد میلی‌گرم) داخل ورید.

۲ـ در صورتی که جواب مثبت نبود بعد از چند دقیقه مجدّداً گزیلوکائین با دوز ده برابر داخل ورید تزریق می‌شود.

۳ـ اگر باز جواب مثبت نبود، تزریق ۵ میلی‌گرم والیوم داخل ورید و در آن موقع می‌توان کاردیوورسیون (شوک قلبی) را با ۳۰۰۰ وات انجام داد.

۴ـ در صورتی که شوک قلبی نتیجهٔ مثبت نداد و یا موقتاً جواب داد و تاکی‌کاردی مجدّداً شروع شد از آمپول ایندرال باید استفاده شود.

بعد از انجام دادن دستورات بالا می‌توان نیز از پرفوزیون گزیلوکائین استفاده نمود.

طریقهٔ شوک دادن

برای شوک الکتریکی از دو نوع برق می‌توان استفاده کرد:

از برق آلترناتیف پنجاه سیکلی در ثانیه و یا از برقی که از تخلیهٔ خازن الکتریکی حاصل می‌شود.

در نوع اول از ترانسفورمارتور باید استفاده کرد و قطع و وصل برق توسط یک دقیقه‌شمار الکتریکی تنظیم می‌گردد و معمولاً از دو کموناتور استفاده می‌شود که یکی ولتاژ بین ۳۰۰ تا ۱۲۰۰ ولت و دیگری تغییر زمان عبور برق را از ۰/۴ ثانیه به ۰/۰۵ ثانیه تنظیم می‌نماید. برق را می‌توان از خازن نوسان‌دار با ظرفیت متغیر بین ۸ الی ۳۲ میکروفاراد که قبلاً تحت برق فشار قوی (چندین هزار ولت) پُر شده باشد استفاده نمود.

جدیداً «جورنو» روش مخصوصی برای گرفتن برق به کار می‌برد. بدین ترتیب که جریان برق هر چه که باشد به توسط دو سیم روپوش‌دار که به دو الکترود ختم می‌شود هدایت می‌شود. الکترودها دایره شکل بوده، به عرض دَه سانتی‌متر و مجهّز به دسته‌ای هستند به ضخامت سه سانتی‌متر و طول ۱۲ سانتی‌متر که برای به دست گرفتن الکترودها به کار می‌رود و کاملاً از مادهٔ محافظ پوشیده شده است. محلی که می‌خواهیم الکترودها را قرار دهیم، بایستی قبلاً با الکل و پنبه و یا اِتِر شستشو داده شود و الکترودها را با خمیر مخصوصی که در الکتروکاردیوگرافی نیز به کار می‌رود آغشته نمود. الکترودها را یکی در سمت راست جناغ سینه و دیگری را در محوطه‌ای از قلب در خط آکزیلر وسطی چپ (وسط بازو در قسمت چپ قفسهٔ صدری) قرار می‌دهیم. در هر حال شایسته است زمانی که شوک داده می‌شود دستگاه الکتروکاردیوگرافی در اطاق بیمار آماده باشد که فوراً پس از شوک الکتریکی الکتروکاردیوگرافی از بیمار بشود و به خصوص از اشتقاق‌های استاندارد استفاده بشود.

البته بهتر است که الکتروکاردیوگرافی در روی نوار نورانی اوسیلوسکوپ که مدتی زیاد تحریکات الکتریکی قلب را نشان می‌دهد انجام شود. ناگفته نماند در موقع شوک الکتریکی به بیمار، دستگاه الکتروکاردیوگرافی نبایستی به بدن بیمار وصل باشد، چون ممکن است دستگاه خراب شده، یا بعد خوب کار نکند. در هر حال الکتروکاردیوگرافی پس از شوک بلافاصله باید انجام شود که بعضی حرکات قلب را برای کارشناس روشن نماید و کورکورانه کاری انجام نشده باشد. در اطاق بیمار بایستی یک دستگاه

الکتروسیستولیک نیز موجود باشد که اگر بیم توقف حرکت قلب می‌رود، از دستگاه مزبور استفاده شود.

بعضی‌ها برای شوک دادن از متد بیهوشی عمومی استفاده می‌کنند. البته این روش بستگی به وضع بیمار و زمان لازم برای بیهوشی دادن و قدرت تحمل بیمار دارد که کارشناس در آن موقع باید تصمیم بگیرد.

بخش هشتم ـ حرف ر

راشیتیسم (نرمی استخوان)

روماتیسم حاد مفصلی

روماتیسم‌های عفونی

روماتیسم قلبی

روماتیسم فلج کننده (استئوآرتریت تغییر شکل دهنده)

ریزش مو

ریه و بیماری ریوی

روان‌شناسی (شناسایی روان)

راشیتیسم (نرمی استخوان)

کمبود ویتامین

راشیتیسم عبارت است از نقص و خللی که هنگام رشد در ساختمان استخوان‌های کودکان پیدا می‌گردد. ساختمان عادی نسوج استخوان وقتی منحرف و معیوب شد، طبعاً قطعات استخوان بدن سست و بی‌استقامت گشته طفل را (دچار کجی استخوان) می‌گویند و برحسب تعریف این عارضه متعلق به ایام رشد کودکی است و خصوصاً راشیتیسم مرض دورهٔ اول کودکی است. بعد از سال دوم، راشیتیسم بیماری نادری است. چه از طرفی کودک در اثر علاقه به بازی و دوندگی، خود را به هوای آزاد و نور آفتاب می‌رساند و از جانب دیگر کم و بیش تغذیه متنوع می‌گردد، به ویژه زردهٔ تخم‌مرغ جبران کمبود ویتامین را می‌نماید. چنین اختلالی را بعدها حتی در حوالی بلوغ می‌توان دید. بعد از دورهٔ رشد به آن استئومالاسی می‌گویند. فعلاً ما فقط به راشیتیسم شیرخواران اکتفا می‌کنیم. باید دانست که شیرخواران نارس و دوقلوها بیشتر در معرض گرفتارشدن به این بیماری هستند.

گفتیم در اثر راشیتیسم استخوان‌ها سست گشته، به سهولت دچار تغییر شکل می‌گردند. اولین صفتی که برای این عوارض می‌توان برشمرد، بی‌درد بودن اختلالات استخوان است. عضو طفل ممکن است دچار انحنای شدید شده باشد؛ ولی هیچ‌گاه دردناک نبوده همچنین وقتی شما او را امتحان می‌کنید، حرکت دادن کودک به هیچ نحوی تولید درد و فریاد نمی‌کند. صفت دوم اینکه علائم راشیتیسم معمولاً قرینه‌اند و در هر دو طرف بدن مشهود خواهد شد. این عوارض برحسب هنگام و سنی که عامل راشیتیسم روی استخوان‌های بچه تأثیر کرده است، تغییر می‌کند و معمولاً استخوانی بیشتر در معرض بیماری است که در زمان عادی قسمت اعظم رشد خود را انجام می‌دهد.

جمجمه؛ در راشیتیسمِ ماه‌های اول عمر، علائم بیماری را در جمجمه باید جستجو

کرد. چه در هیچ حالی حجم مغز به این سرعت رشد نمی‌کند و طبعاً پیدایش راشیتیسم به راحتی روی استخوان‌های مریض تغییرات زیر را وارد خواهد ساخت.

اولین علامت راشیتیسم این است که استخوان‌های سر دیر به هم جوش خورده، سوتور باز می‌ماند. به خصوص جان دانه (ملاج) در موعد عادی مسدود نگشته، بعد از ماه یازدهم نرم و گشاده است و این نشانه یکی از آثار مهم راشیتیسم شیرخواران است. (هرگاه طفل مبتلا به هیدروسفالی نباشد.) روی استخوان‌های سر واضح است استخوان‌بندی دچار تعویق گشته و در نتیجه بعضی از نقاط جمجمه نرم می‌گردد. معمولاً در ناحیهٔ اکسی‌پیتال یا روی استخوان‌های پاری‌یتال دست پزشک استخوان نرم را به صورت مقوایی نم کشیده لمس می‌کند و چنین علامتی معمولاً بعد از ماه سی‌ام مشهود است.

به علاوه، جمجمهٔ این کودکان از آنجا که بسیار نرم است، به سهولت تغییر شکل می‌دهد و چنین بیمارانی را اگر مدتی مدید در بستر گذارند و به وضع سر آنها روی بالش توجهی نکنند، پشت سر به سرعت مسطح گشته، جمجمهٔ کودک شکل مخصوص به خود می‌گیرد. آثار راشیتیسم در استخوان‌های صورت نیز گاهی مشهود می‌شود. فک بالای طفل دچار نقص ساختمان گشته، نتیجهٔ آن تغییر شکل استخوان است که بعضی آن را به کوفت مادرزاد منسوب دانسته‌اند. البته این اختلالات که در بسیاری از علائم استخوانی مرضی دیده شده، بین پزشکان کودک مورد بحث است.

دنده‌ها؛ در این اطفال دنده‌ها نیز دچار عوارض بالا می‌گردد، خصوصاً در محل تلاقی دنده به غُضروف برجستگی مشاهده می‌شود که گاهی خیلی واضح و درشت و زمانی کوچک‌تر و به قدر یک دانه تسبیح (شپله کوستال) و برخی اوقات از برجستگی عادی که در این نقطه نزد بچه‌های سالم نیز محسوس است، به زحمت تمییز داده می‌شود. ولی به هر حال در کالبدگشایی تورم در سطح داخلی دنده‌ها صریحاً نمایان است. تغییر شکل دنده بسیار شایع است و معمولاً قاعدهٔ قفسهٔ سینه گشاد می‌شود و در ناحیه‌ای که زیر پستان‌ها واقع است مختصر تنگی مشهود می‌شود. نزد دستهٔ دیگر، در طرفین جناغ سینه دوشیار پیدا می‌شود و در نتیجه از پهنای قفسهٔ سینه کم شده، فاصله بین جناغ

سینه تا ستون فقرات زیادتر می‌گردد.

در دست و پای کودکان اثر راشیتیسم به دو نوع مختلف بروز می‌کند. یکی تورم اپیفیز استخوان‌ها (به علت این تورم وقتی مچ دست و یا پای این اطفال را معاینه می‌کنید به سهولت کمی برجستگی که معروف به Bourrelet است، حس می‌نمایید.) دیگری افزایش انحنای استخوان‌ها که به لحاظ نرمی نسوج استخوان بیش از معمول خواهد بود و بدین نحو ساق‌های کودک بسیار خمیده گشته، آن را به پرانتز تشبیه می‌کنند.

علاوه بر این عوارض چون ساختمان استخوانی این کودکان معیوب است به سهولت شکستگی در آنها مشهود می‌گردد. همچنین تنگی استخوان‌های لگن خاصرهٔ زنان در موقع زایمان باید مورد توجه پزشک باشد. زنی که در کودکی به راشیتیسم مبتلا بوده گاهی دچار تنگی لگن خاصره می‌باشد و شما می‌دانید که در برخی از موارد رشد جمیع ابعاد لگن خاصره دچار وقفه گشته است (باسن دیر رشد کرده) و گاهی فقط زن حامله دارای باسن صاف است.

علائم فوق که در استخوان‌ها مشهود می‌گردد، همیشه همراه عوارض دیگری است که آنها را نیز باید بشناسید. از همه مهمتر کاهش فشار مولکولی است که در تمام اشکال راشیتیسم تقریباً موجود است و در نتیجهٔ سستی عضلات، بندهای طفل دچار تغییر وضعیتی که گاهی بسیار مزاحم است می‌گردد. در زانو و در مفصل‌های پا، صافی کف پا (پیه پلا) و در ستون فقرات، انحراف مهره‌های پشت ایجاد می‌شود که این عوارض برای آتیهٔ طفل منبع نگرانی مهمی است و بسیاری از این کودکان خیلی دیر راه می‌افتند. اَشکال خفیف راشیتیسم را گاهی با همین علامت که نشانهٔ شُلی عضلات کودکی است باید شناخت. اثر دیگر این نقیصه، شُلی و بزرگی ساختمان نسوج عضلانی شکم است که طبعاً به حرکات دودی روده‌ها کمک ننموده، موجب اختلال عمل هضم می‌گردد. ولی اختلالات هاضمهٔ این کودکان تنها از این راه نیست و راشیتیسم معمولاً نزد خردسالانی دیده می‌شود که هفته‌ها و ماه‌ها به سوء هضمی مزمن یا به اسهالی طولانی دچار بوده‌اند. روش غذایی این اطفال نیز مطابق اصول صحیح نبوده است، یا در دادن نان و فرنی افراط شده یا در شبانه روز مقدار زیادی شیر علاوه بر غذای عادی به اطفال خورانده‌اند.

خطاهایی که مادر یا پرستار در نوع تغذیهٔ بچه مرتکب شده است، گاه گاه به‌صورت پریدگی رنگ، شُلی گوشت‌ها یا عرق نمودن فراوان طفل یا دفع مدفوع متعفن و مایع دیده شده است ولی به آنها توجه لازم نشده و رژیم معیوب را اصلاح ننموده‌اند.

راجع به کم خونی و رنگ پریدگی رخسار این اطفال که تقریباً همیشه توأم با راشیتیسم می‌باشد، بیش از این صحبت نمی‌کنم. به عکس به اهمیت تورم غدد لنفاوی ناگزیر باید اشاره کنم. نزد این اطفال عفونت مزمن و تقریباً دائم لوزه‌ها عادی است و آدِنوئیدیت (تورم آدنوئیدها) نیز پیوسته مزاحم می‌باشد. عواقب این عوارض تا حد زیادی برای سلامت و رشد شیرخواران مضر است. گرفتگی بینی، اشکال عمل بلع، زیادی استفراغ و فروبردن اخلاط آلوده به میکروب‌های مختلف، طبیعی است در ایجاد اسهال و وقفهٔ نموّ این بیماران بسیار مُؤثّر است.

تورم نسوج لنفاوی حلق و بینی همراه بزرگ شدن غدد گردن طفل است و وقتی شما انگشتان خود را روی گردن این کودکان می‌گذارید، غدد مریض را مانند دانه‌های تسبیح به سهولت حس می‌نمایید. به علاوه طحال دچار بزرگی و تورم است ولی باید دانست که لمس کردن قطب تحتانی طحال همیشه به لحاظ بزرگی آن نیست، بلکه فراخ شدن دنده‌ها و محکم نبودن عضلات شکم باعث سقوط طحال می‌گردد. به عکس قبل از ماه ششم و هفتم بزرگ بودن طحال اهمیت مخصوصی دارد و پزشک را باید متوجه تأثیر سیفیلیس در پیدایش راشیتیسم کودک بنماید. بر اثر این بیماری دندان‌ها دیرتر از معمول روییده، جنس خود دندان معیوب بوده، به زودی عارضهٔ معروف به کِرم خوردگی در آن بروز می‌کند. بسیاری از مبتلایان به این مرض در سال اول دندانی ندارند. ولی بعداً دندان شیری کمتر عیب می‌کند. خصوصاً سستی و خرابی در دندان‌های بعدی مشاهده خواهد شد. درست است که علل کِرم خوردگی دندان‌ها هنوز روشن نیست ولی بلاشک ویتامین D از بهترین و مُؤثّرترین عوامل جلوگیری آن شناخته شده است.

بالأخره سلسلهٔ اعصاب بیمار خردسال باید مورد دقت شما قرار بگیرد. خصوصاً جستجوی (شین دوشو واستک) ضروری است، چه همراه بودن راشیتیسم و تِتانی بارها دیده شده است.

گرچه راشیتیسم مرض عفونی نیست ولی بسیاری از این اطفال مبتلا به تب هستند که مربوط به تورم غدد لنفاوی و اختلالات هاضمه یا عوارض دیگر است که به راشیتیسم مزید شده، ممکن است خطر حیاتی نیز داشته باشد.

از اشکال مختلفهٔ راشیتیسم به ذکر راشیتیسم سیفیلیسی قناعت می‌نمایم. مطابق تعلیمات پرفسور «مارگان»، کودکی که در چهار ماه اول عمر دچار راشیتیسم می‌شود و در نتیجه روی جمجمه عوارض مهم فوق را دارد، تقریباً به طور حتم مبتلا به کوفت (سیفیلیس) مادرزاد است، خصوصاً وقتی کسالت توأم با کم‌خونی شدید و بزرگی طحال باشد. از طرف دیگر می‌دانیم که کوفت سبب تولد نوزاد نارس است و دانستیم که چنین نوزادانی بسیار در معرض بیماری نرمی استخوان هستند.

تشخیص راشیتیسم معمولاً ساده و سهل است. در بعضی از اشکال خفیف، برداشتن عکس مچ دست کودک، عوارض استخوانی را مقابل دیدگان شما مجسم نموده، حقیقت مرض را روشن می‌سازد. روی کلیشه وسیع شدن انتهای استخوان‌ها و تأخیر پیدایش نقاط استخوان‌بندی کارپ و رادیوس به سهولت مشاهده می‌گردد. بالأخره خط استخوان‌سازی دندانه‌دار و منحنی می‌گردد و این از مهمترین علائم این بیماری است.

اگر تشخیص خود مرض چنانکه ملاحظه می‌کنید آسان است شناختن علت حقیقی راشیتیسم هنوز مورد مطالعه و بحث است. دانشمندان پیشین، این عوارض را مربوط به محروم بودن کودک از شیر مادر می‌دانستند. ولی با رعایت بهداشت و اصولی که من سعی کردم حتی‌المقدور با تفصیل برای شما بیان کنم، امروز با شیر گاو نیز می‌توان کودکانی بار آورد که به هیچ‌وجه ضایعات راشیتیسم نداشته باشند و به عکس دسته‌ای از شیر مادرخواران را خواهید دید که علائم استخوانی این بیماری را دارند و بدین لحاظ علت مرض را در تأثیر عوامل دیگری باید یافت.

از پزشکان معاصر دسته‌ای راشیتیسم را باز مرض غذایی می‌دانند و اختلالات هاضمهٔ ماه‌های اول یا روش ناقص و معیوب را علت آن می‌پندارند. دستهٔ دیگر پیرو مارگان بوده، عفونت خردسال را عامل حقیقی شمرده‌اند که در رأس آنها سیفیلیس موروثی و بعد سل و سایر امراض عفونی را به قلب می‌آورند.

به هر حال این قضیه هنوز مورد بحث است و برای ما که اهل تئوری و تجربه نیستیم جزئیات این مبحث شاید ضروری نباشد ولی ناگزیر باید بدانید که اخیراً عُلمای امریکایی موفق شده‌اند که طرز تغذیهٔ حیوان آزمایشگاه (موش سفید) را طوری تنظیم کنند که راشیتیسم پیدا شود. به چنین حیوانی همهٔ مواد غذایی را دادند، مگر املاح فسفر (رژیم ۸۵) و برای بهبود حال این حیوان به استعمال داروهای مختلف پرداختند تا اثر و ارزش آنها را در معالجهٔ راشیتیسم معین نمایند.

اولاً با رژیم مزبور اگر حیوان را در هوای آزاد و روشن نگاه دارند، راشیتیسم یا مطلقاً بروز نمی‌کند یا بسیار خفیف و سهل‌العلاج خواهد بود و بدین نحو به اهمیت اشعهٔ آفتاب (و خصوصاً اشعهٔ فوق بنفش) باید توجه شود.

ثانیاً بهترین داروی راشیتیسم سخت و شدید را روغن ماهی یافتند که سالیان دراز تجربهٔ پزشکان آن را از سودمندترین دواها تشخیص داده بود. همین که به غذای حیوان روغن ماهی اضافه کنند، کلسیم داخل نسوج استخوان‌ها می‌گردد (حتی اگر فسفر در رژیم غذایی کمیاب باشد) ولی عجیب اینکه تزریق روغن ماهی ضایعات راشیتیسم را به هیچ‌وجه اصلاح نمی‌نماید.

ثالثاً تجربه ثابت نمود که برای جلوگیری و درمان راشیتیسم اگر نور رساندن به حیوان لازم است به هیچ‌وجه کافی نیست. هر گاه همان مواد غذایی را که ذکر کردیم (رژیم ۸۵) در معرض اشعهٔ فوق بنفش بگذارند و به حیوان بدهند، راشیتیسم عارض نمی‌گردد. بدین نحو در معالجهٔ این مرض فتح باب تازه شد و به این نتیجه منتهی گشت که در شیر موادی موجود است که تحت اثر آفتاب دارای خاصیت می‌شود و داروی سودمندی برای راشیتیسم خواهد بود.

این دوای گرانبها در کبد ماهیی موسوم به «مورو» وافر است ولی در چربی‌های دیگر (مثلاً کره و زردهٔ تخم‌مرغ) نیز موجود می‌باشد. مطالعات چند سال اخیر نشان داده است که عامل درمان راشیتیسم عبارت است از: استرول انساپونیفیانل و خصوصاً کلسترول.

این مادهٔ پُر ارزش را امروز ویتامین آنتی راشیتیک می‌نامند و در اکثر مواد حیوانی و نباتی موجود است. محقّقین قریب یازده ماده یافته‌اند که علاج قطعی این بیماری را

تأمین می‌کند ولی دو نوع آن عملاً مورد استفاده است. یکی از منبع حیوانی، موسوم به ویتامین D۳ یا دیدرو ـ کلسترول که در پوست به صورت ایزومر موجود بوده، در اثر تابش اشعهٔ آفتاب خاصیت ضد راشیتیسم پیدا می‌کند. (در روغن ماهی و زردهٔ تخم‌مرغ و شیر این نوع موجود است.) دیگری به نام ویتامین D۲ یا کالسی فرول نامیده می‌شود که در گیاهان فراوان است و مادهٔ آن را از ارگودوسیکل (نوعی جو) استخراج می‌نمایند. همین که ارگسترل را با اشعه تابش دهند، تبدیل به کالسی‌فرول می‌شود که مانند مادهٔ قبلی در اصلاح آثار راشیتیسم حسن اثر دارد.

جلوگیری از راشیتیسم، همیشه باید منظور نظر پزشک کودکان باشد و بهترین راه آن مراقبت کامل در غذا و رعایت بهداشت کودک است. در روش غذایی باید تنوع قائل بود و همین که ممکن شد به جز شیر مواد دیگری در اغذیهٔ طفل وارد ساخت و از شیر به همان نسبت کاست. نان و غذایی که برای بزرگان تهیه شده همیشه برای خردسالان خوراک خوبی نیست و چنین کودکانی به سهولت دچار عوارض استخوانی راشیتیسم می‌گردند. در دادن فرنی به شیرخواران نیز باید دقت کرده، آرد را به قدر کافی پخت تا ایجاد سوء هضم نکند. ما فعلاً می‌دانیم که این سوء هضم مزمن و بی‌سر و صدا وقتی طولانی شد روی متابولیسم (سوخت و ساز) املاح به خصوص کلسیم و فسفر اثر نموده، ایجاد بیماری‌های مختلف را تسهیل می‌کند.

لزوم آزاد گذاشتن حرکات طفل و مزایای هوای آزاد و نور آفتاب برای سلامت کودک به قدری روشن و واضح است که محتاج به بیان نیست و اثر آن را در جلوگیری از راشیتیسم لازم نمی‌دانم جداگانه شرح دهم.

وقتی اولین علائم مرض را مشاهده نمودید باید به معالجه بپردازید. پوست کودک را در هوای آزاد و دور از باد (نخستین ساعات صبح خصوصاً) در معرض آفتاب قرار بدهید. مقدار تابش را از ۵ـ۶ دقیقه تدریجاً به یک ساعت و بیشتر خواهید رساند. در میهن ما وسایل مصنوعی تولید اشعهٔ فوق بنفش (لامپ کوارتز) کمتر برای علاج راشیتیسم ضرورت خواهد داشت.

به علاوه فراموش نخواهید کرد که روغن ماهی بهترین داروی این بیماری است که

علاوه بر ویتامین D دارای ویتامین A نیز هست. نمونه‌های مختلف این دوا بدبختانه همیشه یک اندازه ویتامین ندارد و قضیهٔ اعتماد به کارخانهٔ سازندهٔ روغن در این مورد بیش از هر چیز قابل ملاحظه است.

قبلاً گفتیم که کالسی‌فرل‌ها همین خدمت را به وجه احسن برای جلوگیری و درمان راشیتیسم می‌نمایند و در صورتی که هر گرم روغن خوب ۴۰۰۰ واحد ویتامین D دارد (دو قاشق مرباخوری روغن ماهی) لااقل باید تجویز کرد. ولی نوزادان نارس به مقادیر بیشتری محتاج‌اند و همه روزه پنج الی دَه هزار واحد به آنها خواهید داد و از روز دهم زندگی نیز شروع خواهید نمود تا هموزن شیرخواران سالم، بشوند. در تابستان احتیاج به ویتامین کمتر است همچنین بعد از دومین سال عمر، کودک به ثلث مقادیر فوق نیازمند خواهد بود.

ضمناً توصیه می‌کنم که برای این بیماران از کلسیم، آهن، کلسیم فسفات‌ها و اپوتراپی نیز که معمولاً بسیار سودمند می‌باشد، استفاده کنید و بالأخره در بعضی از موارد تجویز معالجهٔ ضد سیفیلیس به لحاظ عوارض استخوانی و سابقهٔ خانوادگی کودک بسیار به موقع و واجب است.

روماتیسم حاد مفصلی

روماتیسم حاد مفصلی سر دستهٔ بیماری‌های روماتیسمی است. از لحاظ سبب‌شناسی، علت اصلی این بیماری خوب معلوم نیست. امروز فرض می‌کنند که روماتیسم حاد مفصلی مربوط به آلرژی است که در اثر استرپتوکوک یا ویروس خاصی به وجود آمده باشد.

از لحاظ آسیب‌شناسی روماتیسم حاد مفصلی به وجود ندول (گرهک)های مخصوصی به نام ندول‌های آشوف در نسج سوزآندوتلیال قلب و در مفاصل مشخص می‌شود.

از لحاظ بالینی روماتیسم حاد مفصلی، خصوصاً در اطفال و جوانان به وجود تب و علائم مفصلی و عوارض قلبی شناخته می‌شود.

از لحاظ درمان‌شناسی تأثیر فاحش سالیسیلات دو سود یکی از مشخصات بزرگ این بیماری است.

اتیولوژی (سبب‌شناسی)

روماتیسم حاد مفصلی معمولاً در سنین کودکی و بلوغ یعنی بین ۵ تا ۱۵ سالگی بروز می‌کند. از ۳۵ سال به بالا کمتر دیده می‌شود. در طبقهٔ متوسط جامعه و در شهرها به خصوص در مناطق ازدحام مانند سربازخانه و مدرسه شایع‌تر است. این بیماری مخصوص مناطق معتدل و سردسیر است و در زمستان بیشتر بروز می‌کند. مرد بیشتر از زن مبتلا می‌شود.

علت این بیماری چنانچه گفتیم کاملاً روشن نیست. ارث و زمینهٔ مزاجی در بعضی موارد اثر دارد ولی آنچه بیش از همه مؤثر است، عامل عفونی است.

عامل عفونی را بعضی ویروس مخصوصی می‌دانند و بعضی دیگر استرپتوکوک

همولیتیک را عامل اصلی می‌دانند و بالأخره عده‌ای عقیده دارند که استرپتوکوک همولیتیک توأم با ویروس باعث این بیماری می‌شود.

امریکاییان نشان داده‌اند که در دو سوم موارد، یک آنژین استرپتوکوکی در مقدمهٔ بیماری وجود دارد و هنگامی که بیماران به مناطق گرمسیر می‌روند بیماری خاموش می‌شود و وقتی به منطقهٔ سردسیر برگشتند، دوباره آنژین استرپتوکوکی و متعاقب آن حملهٔ روماتیسم بروز می‌کند. به علاوه چندین‌بار با تزریق استرپتوکوک موفق شده‌اند نودول‌هایی شبیه به نودول‌های آشوف ایجاد کنند.

برای اینکه ثابت کنند آلرژی در برابر استرپتوکوک حقیقت دارد، چند دلیل دارند:

اول آنکه بین آنژین و بروز آرتْریت (التهاب مفصل) و عوارض دیگر روماتیسمی ۱۰ تا ۱۲ روز فاصله است و این مدت برای پیدایش حساس شدگی کافی است.

دوم آنکه ضایعات بزرگ روماتیسم حاد مفصلی از نوع ضایعات تغییر شکل دهنده است. به این معنی که در حفرهٔ سینوویال مفصل آب و فیبرین جمع می‌شود که بعد در اثر سالیسیلات دوسود از بین می‌رود.

سوم آنکه وقتی لوزه‌های استرپتوکوکی را بردارند، اگر این عمل در بحبوحهٔ حمله باشد، بیماری شدت می‌یابد و این دلیل بر وجود آلرژی است، چه در اثر این عمل کیفیت حساس شدگی شدیدتر می‌شود.

نتیجهٔ عملی

با ضد عفونی کردن گلو می‌توان تا حدی از بیماری بویو (نوعی روماتیسم) جلوگیری کرد و نیز امروز تجویز سولفامیدها و پنی‌سیلین را برای پیشگیری از بروز حملات و عوارض بیماری بویو توصیه کرده‌اند.

آسیب‌شناسی

از لحاظ آسیب‌شناسی ضایعاتی در نسوج مزانشیمی به خصوص درنسج سوزآندوتلیال قلب و مفاصل وجود دارد.

آسیب مخصوص بیماری چنانکه گفتیم نودول‌های آشوف است و آن عبارت از

دانـــه‌هایی است بـــا یک هســتهٔ مــرکزی نکــروتیک کــه در اطــراف آن ســلول‌های فیبروپلاستیک و اپی‌تلیال و در محیط آن سلول‌های پلی‌نوکلئر و ائوزینوفیل قرار دارد. این نودول‌ها بیشتر در نسج سوزآندوتلیال قلب، در فواصل الیاف عضلانی، در والوهـای دریچه‌ها، در مدخل شعب شرایین کرونر و خصوصاً در والوهای دریچهٔ میترال (چـه در خود والوها و چه در محل اتصال به قلب) و در سینوویال مفاصل دیده می‌شود. در نزد کودکان به ویژه در پوست و زیر پوست نیز ممکن است دیده شود.

نودول آشوف معمولاً ۱۰ تا ۱۵ روز می‌ماند و بعد جذب می‌شود؛ بدون آنکه معمولاً جای آن باقی بماند.

از دیگر ضایعات بیماری بویو احتقان شدید است. امروزه می‌گویند که نودول آشوف یک کیفیت آلرژی است و به وسـیلهٔ تـزریق سـرم‌هـای آنـافیلاکسـی دهـنده در صـفاق حیوانات آزمایشگاه این دانه‌ها را ایجاد کرده‌اند. مثلاً اگر توبرکولین را در آپـونوروزهای حیوان تزریق کنیم، نودول‌هایی به همین شکـل ایـجاد مـی‌شود. ایـن تـجربه‌ها نشـان می‌دهد که نودول‌های آشوف اختصاص به مرض مخصوصی ندارد، بلکه فقط نـمایندهٔ یک نوع آلرژی است.

ضایعات قلبی

محققین امریکایی به تازگی نشان داده‌اند که ضایعات عضلهٔ میانی قلب (میوکارد) در صد در صد موارد، وجود دارد منتها در بعضی موارد به کلی بهبود می‌یابد و از بین می‌رود و در مـوارد دیگـر مــیوکاردیت تـولید مـی‌کند و ایـن مـوضوع اهـمیت زیـادی از لحـاظ درمان‌شناسی دارد. زیرا چنانکه می‌دانیم در روماتیسم حاد مـفصلی اهـمیت ضـایعات قلبی بیش از ضایعات مفصلی است. سالیسیلات دوسود در ضایعات قلبی اثر ندارد و تـنها چیزی که در آن مُؤثّر می‌افتد، استراحت است.

پریکاردیت در ۶۰ درصد موارد و آندوکاردیت در ۵۰ درصد موارد وجود دارد.

ضایعات مفاصل

ضایعات مفاصل همان ضایعاتی است که گفته شد. اگر نودول آشوف دیده شود، به

تشخیص آسیب‌شناسی کمک می‌کند. ولی اخیراً ثابت شده است که وجود نودول آشوف دلیل بر بیماری بویو نیست بلکه در بیماری شارکو هم دیده می‌شود.

ضایعات ریوی

آتلکتازی (ناگشودگی) ریه و پلورزی روماتیسمی و آماس و احتقان ریه در بیماری بویو دیده می‌شود. این عوارض گاهی نتیجهٔ میکروب‌های معمولی مجاری تنفس مانند پنوموکوک و استرپتوکوک است و گاهی نتیجهٔ این میکروب‌ها نیست. در این صورتِ اخیر معمولاً به طور ناگهان بروز می‌کند و ضایعات آن از نوع تغییر شکل دهنده است. مع‌هذا سالیسیلات دوسود در آن تأثیر ندارد.

علائم بالینی

از لحاظ بالینی روماتیسم حاد را به چهار دستهٔ بزرگ تقسیم می‌کنند. ولی این دسته‌بندی تقریبی است:

۱ـ روماتیسم مفصلی حاد کودکان
۲ـ روماتیسم مفصلی نیمه حاد کودکان
۳ـ روماتیسم حاد اشخاص بالغ
۴ـ روماتیسم نیمه حاد اشخاص بالغ

۱ـ روماتیسم مفصلی حاد کودکان

این شکل فراوان‌تر از همه است و معمولاً بین ۵ و ۱۵ سالگی دیده می‌شود. آغاز بیماری متفاوت است. بیماری گاهی به نحو سریع ظاهر می‌شود و آنژین و تب و لرز و درد مفاصل مهمترین علائم آن است.

در بیشتر مواقع شروع بیماری تدریجی است. بیمار کوچک تا چند روز خسته، بی‌حال، رنگ پریده و بی‌اشتهاست. بعد کم‌کم دردهایی در مفاصل و استخوان‌ها احساس می‌کند که آنها را حمل بر قد کشیدن می‌کنند. بعد ناگهان یکی یا دو تا از مفاصل دچار آرتریت می‌گردد. بنابراین شایسته است در تمام مواردی که بیماران خردسال از درد مفاصل شکایت دارند به روماتیسم حاد مفصلی فکر کنیم و از همان ابتدا آنان را

بی‌حرکت سازیم تا حتی‌الامکان از بروز ضایعات قلبی جلوگیری شود.

همین که آرتْریت روماتیسمی شروع شد، معمولاً تمام صفات کلاسیک آن را می‌توان یافت. به این معنی که آماس، یکی دو مفصل بزرگ را می‌گیرد. مفصلِ متورم شده، قرمز رنگ و فوق‌العاده دردناک است و درد هنگام حرکت شدت می‌گیرد.

نکتهٔ مهم

از همان ابتدا باید قلب را معاینه کرد. وقتی که آرتْریت تازه شروع شده است، صداهای قلب معمولاً کم و بیش خاموش و ماتیتهٔ قلب کمی گسترده و نبض سریع است. سرعت ضربان نبض، متناسب با تب نیست بلکه کمی سریع‌تر از درجهٔ تب است و این سریع شدن ضربان چنانکه می‌دانیم یکی از بهترین علائم میوکاردیت است. به علاوه از همان ابتدا ممکن است صداهای اضافی از قبیل سوفل سیستولیک کوتاه در نوک قلب شنیده شود. این سوفل سیستولیک در روزهای اول مربوط به وجود آندوکاردیت نیست بلکه از ضعف عضلهٔ قلب حاصل می‌شود.

علائم عمومی

در روماتیسم مفصلی حاد کودکان تب و عرق کردن مفرط و کم‌خونی وجود دارد. به علاوه هیپرلکوسیتوز با پلی‌نوکلئوز و افزایش رسوب شدن گلبول‌های قرمز نیز دیده می‌شود.

سرعت رسوب شدن گلبول‌های قرمز را معمولاً به وسیلهٔ طریقهٔ وسترگرن اندازه می‌گیرند. در موارد عادی بعد از یک ساعت ۱۰ میلی‌متر و بعد از دو ساعت ۲۰ میلی‌متر رسوب می‌شود. ولی در بیماری بویو سرعت رسوب شدن گلبول‌ها ۲۰ میلی‌متر در یک ساعت و ۴۰ میلی‌متر در دو ساعت است. در تعیین V.S.G دو نکته را باید در نظر گرفت:

اولاً باید یقین حاصل کرد که عفونت دیگری در کار نیست، چون وجود هر عفونتی از قبیل پیوره و سالپنژیت واستئومیلیت (تورم نخاع و استخوان نخاعی) و سینوزیت و آمیگدالیت (تورم لوزه‌ها) و اواریت (تورم تخمدان) و غیره ممکن است سرعت رسوب شدن گلبول‌ها را زیاد کند. بنابراین افزایش V.S.G به تنهایی برای تشخیص روماتیسم حاد مفصلی کافی نیست.

ثانیاً این آزمایش باید به دفعات مکرر انجام گیرد و البته یک آزمایش ارزش ندارد. ارزش این آزمایش به خصوص از لحاظ مطالعهٔ طرز پیشرفت بیماری است. مثلاً اگر ابتدا سرعت رسوب شدن گلبول‌ها ۴۰ میلی‌متر در دو ساعت باشد و در هفتهٔ بعد به ۴۵ یا ۶۰ میلی‌متر برسد، دلیل بر این است که بیماری پیشرفت می‌کند و اگر این ارقام کم‌کم پایین بیاید می‌توان پیش‌بینی کرد که بیماری رو به بهتری و خاموش شدن است.

پیشرفت بیماری

در صورتی که بیمار با سالیسیلات دوسود درمان شود آرتْریت به نحو واضح و سریعی از بین می‌رود و تب پایین می‌آید. مطالعات جدید نشان داده است که هر چند سالیسیلات دوسود تب را پایین می‌آورد و آرتْریت را تسکین می‌دهد، مع‌هذا در سرعت ضربان نبض تأثیر ندارد و ضربان نبض با وجود طبیعی بودن درجهٔ حرارت، سریع است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که سالیسیلات دوسود در آماس مفاصل و وضع عمومی تأثیر دارد ولیکن در آماس میوکارد (عضلهٔ میانی قلب) و قسمت‌های دیگر قلب تأثیر ندارد. گفتیم تنها چیزی که در ضایعات قلب مؤثر است استراحت کامل است؛ به همین جهت، لازم است از همان ابتدا که کودک خستگی و درد در استخوان‌ها احساس می‌کند، کاملاً بستری شود.

بدون درمان با سالیسیلات دوسود مشخصات بیماری بویو به خوبی ظاهر می‌شود.

این مشخصات عبارت‌اند از:

اولاً آرتْریت زودگذر و متحرک، بدین معنی که یکی دو مفصل آزاد شده، یکی دو مفصل دیگر مبتلا می‌شود.

ثانیاً تب دوام پیدا می‌کند و حالت کم خونی شدت می‌یابد (این کم خونی معمولاً میکروسیتی و هیپوکروم است) و مهمتر از همه عوارض قلبی شدیدتر می‌شود و علائم میوکاردیت واضح‌تر می‌گردد. سرعت ضربان افزایش می‌یابد و فشار خون شریانی پایین می‌آید و ماتیتهٔ قلب گسترده‌تر می‌شود و سوفلی در یکی از کانون‌ها ظاهر می‌گردد که البته این دفعه از نوع سوفل‌های عضوی است و مثل سوفل روزهای اول یک سوفل غیرعضوی نیست. این سوفل معمولاً در ناحیهٔ میترال قرار دارد و مربوط به نارسایی دریچهٔ میترال (بیماری میترال) است.

نکتهٔ مهم

علائم قلبی که در مرحلهٔ استقرار بیماری بروز می‌کند، برخلاف عقیدهٔ قُدما دائمی نیست. چنانچه در بعضی از موارد ممکن است این سوفل‌های دیررس گذرنده باشند و پس از چندی کاملاً از بین بروند.

۲ـ روماتیسم مفصلی نیمه حاد کودکان

این شکل از لحاظ پیش آگهی و ایجاد عوارض قلبی بسیار مهم است. به علاوه خیلی هم فراوان است.

تابلو بالینی

معمولاً بچه خستگی و درد خفیفی در اپیفیز مفاصل بزرگ احساس می‌کند و کمی بی‌اشتها و رنگ پریده است. تصور می‌رود که آسکاریدوز یا قد کشیدن و زیاده‌روی در بازی سبب این ناراحتی‌ها باشد و به روماتیسم فکر نمی‌کنند.

گاهی از اوقات تابلو از این هم خفیف‌تر است. بچه فقط جزئی درد در ناحیهٔ گردن احساس می‌کند که آن را تورتیکولی (گردن پیچه) کودکان می‌گویند. ولی اگر احیاناً قلب بچه را گوش کنند، ممکن است ضایعاتی در آن دیده شود که به نظر آید اولیه است. در مواردی که ضایعات دریچه‌ای قلب اولیه به نظر می‌رسد، غالباً در سابقهٔ بیمار روماتیسم زیر حاد و خفیفی وجود دارد که جلب توجه نکرده است.

اهمیت بالینی و درمان‌شناسی این شکل زیر حاد کاملاً مثل شکل حاد است. اگر بچه را بی‌حرکت کرده، سالیسیلات دوسود تجویز کنند، ممکن است از عوارض قلبی جلوگیری شود و بیماری بدون خطر بهبود پذیرد. متأسفانه بیماری غالباً عود می‌کند یا ضایعاتی در قلب بر جای می‌گذارد.

۳ـ روماتیسم حاد شخص بالغ

این شکل جدیداً پیشنهاد شده است. نویسندگان کلاسیک عقیده دارند که این شکل نزد شخص بالغی که در کودکی سابقهٔ روماتیسم داشته است، بروز می‌کند. ولی در

حقیقت ممکن است سابقهٔ روماتیسم در کار نباشد یا این سابقه بسیار مبهم باشد.

قُدما این شکل را درست نمی‌شناختند و آن را از نقرس و بیماری شارکو تمییز نمی‌دادند ولی امروز آن را نوعی از بیماری بویو می‌دانند که به شکل روماتیسم چند مفصلی بروز می‌کند.

آغاز بیماری سریع و حاد است و در ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد، یک آنژین قرمز منتشر مقدمهٔ آن را تشکیل می‌دهد. تب همیشه وجود دارد و لرز گاهی دیده می‌شود. نبض همواره سریع است.

یکی دو روز پس از این حالت عفونی یا از همان ابتدا مفاصل ورم می‌کند. معمولاً مفاصل بزرگ مانند زانو و آرنج و مچ دست یا پا مبتلا می‌شود ولی گاهی نیز مفاصل کوچک مثل مفصل جناغی چنبری و مفصل فکی شقیقه‌ای دچار می‌گردد.

بنابراین تابلو بیماری عبارت است از آنژین و تب و لرز و بعداً یک روماتیسم چند مفصلی. علائمی که فکر را به روماتیسم حاد مفصلی متوجه می‌سازد عبارت است از:

۱ـ وجود حملات روماتیسم در پیشینهٔ بیمار.

۲ـ عرق کردن مفرط

۳ـ کم خونی

۴ـ آرتریت‌های گذرنده و متغیر، به این معنی که آماس چند روز در یک مفصل می‌ماند. بعد این مفصل را رها کرده، مفصل دیگری را می‌گیرید. لیکن این خاصیت در نزد اشخاص بالغ به وضوحِ روماتیسم کودکان نیست.

۵ـ وجود ضایعات قلبی

۶ـ تأثیر سالیسیلات دوسود که در حقیقت یکی از بزرگ‌ترین مشخصات روماتیسم بویو است. در موارد مشکوک بیمار را تحت درمان شدید با سالیسیلات دوسود (۱۰ تا ۱۲ گرم در روز) قرار می‌دهند. اگر بیماری روماتیسم بویو باشد، مفاصل حتماً آزاد می‌شوند و دردها تسکین می‌یابد. به طوری که اگر ۴۸ ساعت بعد از این درمان آثار بهبود ظاهر نگردد، می‌توان گفت که روماتیسم بویو در کار نیست.

عوارض قلبی

عوارض قلبی به دو صورت دیده می‌شود:

اولاً ـ اگر روماتیسم برای بار دوم نزد شخص بالغ بروز کند، غالباً ضایعات قلبی وجود دارد. این ضایعات معمولاً دریچه‌ای است، مانند نارسایی و یا تنگی دریچهٔ میترال و کمتر نارسایی دریچهٔ آئورت و تنگی دریچهٔ شریان ریوی.

ثانیاً ـ هر گاه روماتیسم برای بار اول در نزد بالغ بروز کند، پزشکان امریکایی نشان داده‌اند که در این صورت عوارض قلبی نادر است و از این حیث تفاوت فاحشی میان روماتیسم اشخاص بالغ و روماتیسم اطفال وجود دارد. در نزد اطفال آرتْریت خفیف، لیکن ضایعهٔ قلبی شدید و فراوان است. در اشخاص بالغ آرتْریت شدیدتر و پایدارتر ولی ضایعات قلبی نادر است.

در جنگ جهانی دوم در مصر و فلسطین و ایران متجاوز از هزار نفر شخص بالغ که به بیماری بویو مبتلا بودند، دیده شدند. در بعضی از آنان سابقهٔ روماتیسم کودکی وجود داشت و در اکثر آنان روماتیسم بدون سابقه بروز کرده بود. بالأخره درست معلوم نشد که چرا در این سال‌های جنگ بیماری بویو در اشخاص بالغ به این وفور بروز می‌کرده است.

از لحاظ بالینی، چه در کودکان و چه در اشخاص بالغ، هنگام بیماری بویو دانه‌هایی زیر پوست وجود دارد که همان نودول‌های آشوف است و باید کوشید این نودول‌ها را پیدا کرد. این نودول‌ها معمولاً در زیر پوست سر و در قسمت‌هایی که پوست روی برآمدگی استخوان‌های طویل مانند تی‌بیا و فمور و رادیوس قرار گرفته است، لمس می‌شود. نودول‌های آشوف کوچک و در زیر پوست متحرک است که در اطفال بیشتر و در اشخاص بالغ کمتر دیده می‌شود. امروزه این نودول‌ها را از علائم مشخص بیماری بویو می‌دانند و اگر چه آنها را در بیماری شارکو هم می‌توان یافت ولی بیشتر مخصوص بیماری بویو است.

۴ـ روماتیسم مفصلی نیمه حاد بالغین

در این شکل علائم عمومی شدید نیست. تب و کم‌خونی خفیف است و غالباً یک کانون عفونت وجود دارد. روماتیسم به شکل پُلی‌آرتْریت (التهاب چند مفصل) است که چند روز طول می‌کشد؛ بعد بهبود می‌یابد و پس از چندی عود می‌کند. تشخیص این

شکل بسیار دشوار است و با روماتیسم سوزاکی و بیماری شارکو و روماتیسم مزمن اشتباه می‌شود.

امتحان قلب گاهی ضایعاتی نشان می‌دهد و باید دانست که در این شکل ضایعات قلبی از شکل حاد فراوان‌تر است.

سیر بیماری طولانی و نامنظم است و نکتهٔ مهم آنکه شکل زیر حاد ممکن است مزمن شود و چسبندگی مفاصل تولید کند. بیماری فوق‌العاده مقاوم است و با وجود تجویز مقادیر زیاد سالیسیلات دوسود بهبود نمی‌پذیرد و مفاصل آزاد نمی‌شوند.

این شکل از لحاظ دردشناسی عمومی اهمیت زیاد دارد، چه آن را حد فاصل بین بیماری بویو و روماتیسم‌های دیگر از قبیل روماتیسم گنوکوکی و بیماری شارکو و آرتْریت روماتوئید و غیره می‌دانند.

تشخیص بیماری بویو

تشخیص بیماری بویو برحسب سن بیمار فرق می‌کند:

۱ـ در نزد کودکان

در شکل کلاسیک بیماری تشخیص آسان است. بیماری بویو یک پُلی‌آرتْریت حاد متحرک و گذرنده است که غالباً با ضایعات قلبی همراه است و سالیسیلات دوسود در آن مُؤثّر واقع می‌شود. ولی به این نکتهٔ مهم باید همواره توجه داشت که روماتیسم حاد مفصلی در نزد کودکان ممکن است خیلی خفیف و نامشخص باشد.

در عمل هرگاه طفلی لاغر و کم خون شد و از درد استخوانی و مفصلی شکایت کرد، باید به روماتیسم بویو متوجه شد و قلب بیمار کوچک را به دقت و مکرر مورد آزمایش قرار داد. هرگز نباید به تشخیص درد قد کشیدن و دردهای سرماخوردگی و غیره اکتفا نمود.

وقتی که بیماری بویو فقط یکی از مفاصل را دچار می‌سازد، تشخیص آن با استئومیلیت حاد مطرح می‌گردد. استئومیلیت (تورم نخاع) حاد معمولاً متعاقب جوش و ضربه یا عفونت‌های استافیلوکوکی دیگر بروز می‌کند. شروع آن سریع‌تر از شروع روماتیسم حاد مفصلی است و با تب و لرز شدید همراه است و مهمتر آنکه درد شدید در متافیز استخوان حس می‌شود و خون مفصل آزاد و بدون درد است. به علاوه سالیسیلات

دوسود در آن هیچ تأثیری ندارد.

۲ـ در نزد اشخاص بالغ

تشخیص روماتیسم بویو در نزد اشخاص بالغ به مراتب دشوارتر است و قبل از همه با روماتیسم سوزاکی مطرح می‌گردد. روماتیسم سوزاکی بسیار فراوان است و بسیاری از پُلی‌آرتریت‌های اشخاص بالغ نتیجهٔ باکتری گنوکوک است. در روماتیسم سوزاکی معمولاً مفاصل بزرگ و کوچک با هم دچار می‌شود. آماس مفصل پایدارتر و طولانی‌تر است و ضایعات قلبی وجود ندارد. در حال عمومی بیمار تغییر مهمی پدید نمی‌آید. کم خونی و ضعف و عرق کردن مفرط در کار نیست و یا اگر باشد خیلی خفیف‌تر است. سالیسیلات دوسود اثر نمی‌بخشد، به علاوه کانون اصلی سوزاک غالباً موجود است.

در بعضی موارد تشخیص بسیار دشوار است و آن در مواردی است که روماتیسم گنوکوکی دارای صفات کلاسیک خود نیست. مثلاً روماتیسم سوزاکی ممکن است گاهی چند مفصلی و متحرک باشد و بیماری بویو نیز در برخی موارد مفاصل کوچک را می‌گیرد و گفتیم که در حالت خفیف بیماری بویو، سالیسیلات دوسود بی‌اثر است. در نزد اشخاص بالغ این بیماری همیشه ضایعات قلبی نمی‌دهد.

در مواقعی که تشخیص بین بیماری بویو و روماتیسم سوزاکی مورد تردید است، باید به دقت کانون‌های سوزاکی را به وسیلهٔ ماساژ پروستات و معاینه‌های مخصوص جستجو نمود.

بیماری دیگری که در نزد اشخاص بالغ ممکن است با بیماری بویو اشتباه شود، روماتیسمی است که بعد از اسهال خونی عارض می‌گردد. آمارهای متعدد نشان داده که دو درصد دیسانتری‌ها (التهاب روده همراه با مدفوع خونی و استفراغ) در مناطق حاره و معتدله با این روماتیسم همراه است و حتی به تحقیق رسیده است که دیسانتری آمیبی نیز می‌تواند باعث روماتیسم باشد.

بیماری دیگری که تشخیصش مطرح می‌شود، نقرس (التهاب مفصل شست پا) است. نقرس در اولین مرحله ممکن است چند مفصل را بگیرد و به شکل روماتیسم چند مفصلی درآید. در اینجا سابقهٔ آرتْریت شست پا به تشخیص کمک می‌کند. ولی این

علامت همیشه موجود نیست. افزایش مقدار اسیداوریک خون که در نقرس وجود دارد تشخیص را روشن می‌سازد.

بالأخره بیماری مهمی که تشخیص آن با روماتیسم زیر حاد (خفیف) زیاد مطرح می‌شود بیماری شارکو است. در بیماری شارکو سرعت رسوب شدن گلبول‌های قرمز خون افزایش پیدا کرده و سیر بیماری مزمن و طولانی است. مفاصل مبتلا تغییر شکل پیدا کرده و به شکل دوک درآمده‌اند. بیماری شارکو معمولاً در نزد زنان بروز می‌کند و اغلب از انگشت‌ها و دست‌ها به طور قرینه شروع می‌شود.

درمان

درمان روماتیسم حاد مفصلی برحسب سن بیمار فرق می‌کند:

۱ـ درمان کودکان

باید قبل از هر چیز استراحت کامل را به بیمار کوچک تحمیل نمود. امروز اهمیت استراحت کامل به خوبی ثابت شده است؛ به حدی که بچه حق ندارد خودش غذا بخورد یا اینکه خودش دست خود را بشوید. این استراحت کامل باید مدت‌ها ادامه داشته باشد تا اینکه تمام علائم بیماری یعنی آرتْریت و تب و کم‌خونی و تاکی‌کاردی از بین برود. یک هفته بعد از آنکه نشانه‌ها زائل شد بچه حق دارد خودش غذا بخورد و دست و روی خود را بشوید و در انجام این قبیل حرکات کوچک مجاز است. دو ماه پس از آنکه تب از بین رفت و نبض طبیعی شد، بیمار می‌تواند بستر را ترک کند.

سالیسیلات دو سود دوای بزرگ روماتیسم حاد مفصلی است و در درد مفصل (آرترالژی) و آماس مفاصل و عوارض آلرژی تأثیر فاحش دارد که باید به مقادیر زیاد و به طور مرتب تجویز شود. هر دو ساعت ۰/۵۰ گرم تا یک گرم برحسب وزن بچه سالیسیلات می‌دهند. سالیسیلات دوسود را با بیکربنات دوسود توأماً تجویز می‌کنند. مقدار بیکربنات دو سود ۱/۵ گرم یعنی دو برابر مقدار سالیسیلات است. سالیسیلات را در کپسول یا شربت یا به شکل گرد می‌دهند. درمان با سالیسیلات را باید ادامه داد تا تمام علائم بیماری مانند آرتْریت و تب از بین برود. سالیسیلات در ضایعات قلب اثر ندارد و یا خیلی کم اثر دارد و در ضربان قلب هم مُؤثّر نیست.

علائم عدم تحمل سالیسیلات دوسود

تجویز سالیسیلات دوسود از راه دهان ممکن است باعث استفراغ و تهوّع و سوزش معده شود.

از راه‌های دیگر، علائم عدم تحمل عبارت از سرگیجه و سنگینی و طنین گوش و سردرد و خارش است.

در مواردی که سالیسیلات از راه دهان تحمل نمی‌شود، می‌توان آن را از راه‌های دیگر تجویز کرد. مثلاً از راه ورید یا تنقیه. اما اگر از هیچ طریق تحمل نشود باید آن را قطع کرد و به عوض آن آسپرین را تنها یا توأم با کلروردوکلسیم به کار برد.

به جای سالیسیلات دوسود می‌توان پیرامیدون نیز تجویز کرد. به شکل زیر:

Pyramidon	0/20g
Bicarbonate de Soude	1 - 2g
Cafine	0/05g

اگر تب شدید باشد، تنقیه، آب سرد و پاشویه و کیسهٔ یخ روی سر مفید است.

گفتیم که سالیسیلات دوسود باید به مقدار زیاد و به طور مرتب تجویز گردد و نکتهٔ مهم آنکه هنگام شب نیز باید منظم خورانده شود.

پزشکان کلاسیک معتقد بودند که درمان با سالیسیلات را مدتی دراز پس از بهبود آرتریت‌ها باید ادامه داد. ولی امروزه محققین امریکایی و انگلیسی معتقدند که وقتی آرتریت از بین رفت و تب قطع شد، باید درمان با سالیسیلات را ترک کرد. زیرا در غیر این صورت نمی‌توان از بازگشت بیماری مطلع شد. لازم است به محض اینکه بیماری عود کرد بیمار را بستری نمود و تحت رژیم و استراحت کامل قرار داد. فقط بدین وسیله است که می‌توان از بروز یا شدت یافتن عوارض قلبی جلوگیری کرد. ولی اگر دائماً سالیسیلات بدهند، درد مفاصل بروز نمی‌کند و بنابراین عوارض آشکار نمی‌شود و چون بچه حرکت می‌کند در معرض ضایعات قلبی قرار می‌گیرد.

علائم بازگشت مرض عبارت است از:

۱ـ بالا رفتن تب در حدود سه یا چهار عُشر.

۲ـ بروز اختلالات قلبی مانند افزایش ماتیته و سریع شدن ضربان و غیره.
۳ـ پایین آمدن وزن بچه که یکی از علائم مهم به شمار می‌رود.
۴ـ بروز دردهای روماتیسمی.
۵ـ ظاهر شدن نودول‌های زیر جلدی.
۶ـ بروز دانه‌ها به اشکال مختلف مانند اریتم پولیمورف و غیره.
۷ـ بروز علائم کورهٔ سیدنهام و می‌دانیم که رابطهٔ زیاد بین روماتیسم حاد مفصلی و کوره وجود دارد.

در مقابل این علائم باید بیمار را مطلقاً به استراحت کامل وادار نمود.

آزمایش خون

آزمایش خون نیز وسیلهٔ خوبی است برای مطالعهٔ پیشرفت بیماری چنانکه اگر کم خونی بهبود یابد و مرمّت شود، می‌فهمیم که روماتیسم حاد مفصلی رو به بهبودی است و همچنین است، اگر شمارهٔ گلبول‌های سفید به رقم عادی باز گردد. اما اگر کم خونی شدت پیدا کند و شمارهٔ گلبول‌های سفید بالا بماند معلوم می‌شود که بیماری به پیشرفت خود ادامه می‌دهد و نیز افزایش V.S.G دلیل بر بازگشت یا پیشرفت بیماری است.

واکسن و سرم آنتی‌استرپتوکوکی هیچ‌کدام در بیماری بویو اثر نبخشیده است. سولفامیدها و پنی‌سیلین نیز در بیماری بویو تأثیر ندارد. ولی تورم گلو را از بین می‌برد و بیشتر استعمال این داروها برای جلوگیری از عود بیماری است.

۲ـ درمان اشخاص بالغ

در اشخاص بالغ اصول معالجه استراحت کامل و تجویز سالیسیلات دوسود است؛ ولی، باید دانست که چون عوارض قلبی در نزد اشخاص بالغ خیلی کمتر است، لازم نیست استراحت کامل را زیاد ادامه دهند و پس از بهبود آرتریت‌ها می‌توان حرکت را تجویز نمود. سالیسیلات دوسود به مقدار دوازده گرم در شبانه روز مرتباً به بیمار داده می‌شود.

موضوع برداشتن کانون‌های عفونی در اشخاص بالغ نیز مانند اطفال اهمیت دارد و البته در بیماران بالغ با جرأت بیشتری می‌توان کانون‌های عفونی را برداشت. در

روماتیسیم‌های نیمه حاد اشخاص بالغ سالیسیلات دوسود چندان اثر نمی‌بخشد و بیماری میل به مزمن (کهنه) شدن دارد و آنکیلوز (بی‌حرکتی مفصل) عارض می‌گردد. در این صورت تمام وسایل فیزیوتراپی که در روماتیسم مزمن معمول است، باید مورد استفاده قرار گیرد؛ مانند گرم نگاه‌داشتن و ماساژ و استفاده از آب‌های معدنی و گالوانیزاسیون و امثال آن.

استراحت بیمار باید ممتد و دائمی باشد؛ یعنی، بیمار باید در تمام مدت ۲۴ ساعت از حرکت و فعالیت خودداری نماید.

امروزه علاوه بر سالیسیلات دوسود، کورتیزون نیز در بیماری بویو به کار می‌رود و بسیار مؤثّر است ولی اثر آن هم قاطع نیست.

روماتیسم‌های عفونی

روماتیسم‌های عفونی را سابقاً شبه روماتیسم عفونی می‌گفتند ولی بهتر است این آرتریت‌ها را به نام میکروبی که آنها را تولید می‌کند، نامید و مثلاً گفت آرتْریت گنوکوکی یا آرتْریت سیفیلیسی و غیره.

آرتریت‌های عفونی از چند لحاظ اهمیت دارد:

اولاً از لحاظ سبب‌شناسی، آرتْریت عفونی با وجود میکروب در مفصل مشخص می‌گردد. میکروب به داخل مفصل می‌رود و در آنجا تمرکز می‌یابد که می‌توان آن را در مفصل پیدا کرد. با این حال میکروب را بیش از ۲۵ یا ۳۰ درصد موارد نمی‌توان در مفصل یافت. در باقی موارد فرض می‌کنند که شاید شکل نامرئی میکروب در کار باشد. ثانیاً از لحاظ بالینی، آرتریت‌های عفونی بسیار فراوان است و در عمل باید همیشه آنها را در نظر داشت.

آرتریت‌های عفونی بر چند نوع‌اند:

آرتْریت گنوکوکی یا روماتیسم سوزاکی

آرتْریت گنوکوکی نسبتاً فراوان و تقریباً در هشت درصد تمام سوزاک‌ها دیده می‌شود. مرد بیش از زن مبتلا می‌شود، زیرا مرد بیشتر از زن سوزاک می‌گیرد. این عارضه ممکن است در تمام مراحل سوزاک بروز کند، چنانکه گاهی در مرحلهٔ حاد بیماری یعنی در دو هفتهٔ اول و زمانی در جریان سوزاک مزمن یعنی هنگامی که کانون اصلی بیماری خاموش و پنهان شده است، عارض می‌گردد. این نکته را در عمل باید همیشه به خاطر داشت. خصوصاً در مورد آرتْریت زنان که سوزاکشان اغلب مخفی است و مختصری درد در ناحیهٔ تخمدان و کمی ترشح رحمی ممکن است تنها اثر سوزاک آنان باشد.

علائم بالینی

از لحاظ بالینی آرتْریت گنوکوکی چندین نوع است:

۱ـ شکل دردناک بدون ورم

این شکل نسبتاً فراوان است و بیمار در مفاصل خود فقط درد احساس می‌کند بدون آنکه ورمی در کار باشد. این درد که هیچ‌گونه نظم و ترتیبی در بروز و پیشرفت خود ندارد نه تنها در مفصل است، بلکه به رباط‌ها و عضلات هم انتشار می‌یابد، زیرا بافت‌های دور مفصل هم در آماس سوزاکی مبتلا می‌شوند. این درد هنگام صبح موقع برخاستن از خواب شدیدتر است. بعد تدریجاً که بیمار مفاصل خود را به حرکت می‌اندازد، آرام می‌گیرد.

در امتحان فیزیکی و پرتوشناسی مفصل، علامت قابل ملاحظه‌ای نمی‌توان یافت.

پیشرفت درد متغیر است. غالباً این درد چند روز طول می‌کشد. بعد از بین می‌رود. ولی معمولاً پس از چندی باز می‌گردد. اهمیت این دردها بیشتر در این است که ممکن است مقدمهٔ آرتریت‌های خیلی شدیدتر باشد. چنانکه گاهی یک آرتْریت چرکین متعاقب این دردهای ساده بروز می‌کند. از این جهت باید به این دردهای مفصلی اهمیت داد و از پیشرفت آنها جلوگیری کرد.

۲ـ روماتیسم حاد چند مفصلی یا شکل شبیه به بیماری بویو

روماتیسم سوزاکی در بعضی موارد به روماتیسم حاد مفصلی شبیه است و در یک امتحان سطحی با آن اشتباه می‌شود.

تابلو بالینی، تابلو یک پُلی‌آرتْریت متحرک و گذرنده است که با تب و علائم عمومی دیگر همراه است. اما فرقی که این پُلی‌آرتریت با بیماری بویو دارد، این است که روماتیسم سوزاکی به قلب آسیب نمی‌رساند و سالیسیلات دو سود در آن اثر نمی‌کند. چنانکه هرگاه سالیسیلات دوسود در یک پُلی‌آرتْریت آن طورکه باید اثر نکرد باید به روماتیسم سوزاکی متوجه شد و کانون‌های اصلی بیماری را در اعضای تناسلی جستجو نمود.

باید همیشه در نظر داشت که پُلی‌آرتْریت ممکن است سال‌ها بعد از سوزاک حاد بروز کند که در این صورت خاطرهٔ بیماری غالباً محو شده است. گاهی نیز سوزاک اصلی بسیار

خفیف بوده است و بیمار اصلاً خود را مبتلا نمی‌داند. در این موارد باید به وسیلهٔ امتحان دقیق اعضای تناسلی خصوصاً ماساژ پروستات، وزیکول سمینال و همچنین معاینهٔ رحم و لوله‌ها و تخمدان‌ها و با وسایل آزمایشگاهی، کانون‌های پنهانی سوزاک را آشکار ساخت.

به علاوه در این موارد مشکوک می‌توان سولفامیدها و پنی‌سیلین را به عنوان آزمایش به کار برد. این داروها در عوارض سوزاک معمولاً مؤثر است و حال آنکه در بیماری بویو اثر ندارد.

۳ـ آرتْریت ترشحی

این شکل را سابقاً هیدرارتروز سوزاکی می‌گفتند ولی کلمهٔ هیدرارتروز (تجمع مایع در حفرهٔ مفصل)، آماس مفصل را نمی‌رساند. بهتر است بگوییم آرتْریت ترشحی یعنی آرتریتی که با جمع شدن مایع در حفرهٔ مفصل همراه است. علی‌الخصوص که این مایع که معمولاً سروفیبرینی است ممکن است چرکین شود.

اهمیت این آرتْریت ترشحی از سه جهت است:

اولاً هیدرارتروز سوزاکی فراوان است و غالباً با هیدرارتروز سلی یا سیفیلیسی اشتباه می‌شود. اصولاً در مقابل هر هیدرارتروز همان طور که به سل و سیفیلیس فکر می‌کنیم باید سوزاک را هم در نظر بگیریم.

ثانیاً هیدرارتروز گنوکوکی هم مثل هیدرارتروزهای دیگر بسیار طولانی است و ممکن است خود به خود یا در اثر تخلیه و مداوا بهبود یابد و مفصل آزاد شود. امّا در بسیاری مواقع چسبندگی‌هایی در مفصل به وجود می‌آید و آرتْریت ترشحی به آتریت چسبندگی دهنده مبدّل می‌شود.

ثالثاً آرتْریت ترشحی ممکن است چرکین شود و منشأ سپتی‌سمی (سمیّت خون) یا سپتیکوپیوهمی آن را عمل کنند و حیات مفصل را به کلی در خطر اندازند.

شروع آرتْریت فلگمونی سریع و ناگهانی است. یکی از مفاصل بزرگ که اغلب زانو یا آرنج یا مچ دست است به شدت درد می‌گیرد. این درد که معمولاً هنگام شب بروز می‌کند، از همان ابتدا با آماس شدید مفصل و بافت‌های محیط مفصل همراه است. به طوری که

آماس منظرهٔ فلگمون (تورم نسج زنبوری) پیدا می‌کند و مفصل مطلقاً بی‌حرکت می‌شود. این درد و آماس و بی‌حرکت شدن مفصل با تب و علائم عمومی همراه است.

پیشرفت بیماری سریع است؛ تب بالا می‌رود، درد باقی می‌ماند، ورم روز به روز شدت می‌یابد و تمام پا یا دست را می‌گیرد.

نکتهٔ مهم آنکه در این آرتْریت فلگمونی، تب و علائم عمومی متناسب با شدت آرتْریت نیست. یعنی خفیف‌تر از آن است که ظاهر آرتْریت ایجاب می‌کند و این خود یکی از مشخصات بزرگ آرتْریت سوزاکی است. مع‌هذا گاهی علائم عمومی نیز بسیار شدید است و وجود تب زیاد و استفراغ و هذیان و مانند اینها اختلال عمیق مزاج را نشان می‌دهد.

سیر تکاملی این آرتْریت متفاوت است. آرتْریت فلگمونی در پاره‌ای موارد بهبود می‌پذیرد. ولی در غالب موارد، به خصوص اگر مفصل را به موقع بی‌حرکت نکنند و سولفامید و پنی‌سیلین را به مقدار کافی به کار نبرند، به چسبندگی و دررفتگی مفصل و ضایعات عمیق مفصل منتهی می‌شود. گاهی نیز سپتی‌سمی و سپتیکوپیوهمی حیات بیمار را تهدید می‌کند.

۴ـ آرتْریت توأم با سپتی‌سمی گنوکوکی

سپتی‌سمی گاهی قبل از آرتْریت و زمانی بعد از آن بروز می‌کند.

- سپتی‌سمی گاهی قبل از آرتْریت بروز می‌کند. در این صورت تابلو بالینی بسیار متغیر است. معمولاً تا مدت چند روز یک حالت عفونی کم و بیش شدید ظاهر می‌شود و تب بین ۳۸ و ۳۹ درجه نوسان می‌کند. در حالی که تشخیص بیماری روشن نیست. بعد یک یا چند مفصل دچار می‌شود و فکر را به آرتریت‌های عفونی متوجه می‌سازد.

در مقابل هر سپتی‌سمی که علت معلومی ندارد باید به سوزاک فکر کرد. خصوصاً اگر بیمار جوان باشد. وقتی که آرتْریت ظاهر شد سپتی‌سمی سوزاکی به تدریج خاموش می‌شود یا لااقل تخفیف می‌یابد، در صورتی که آرتْریت همان‌طور پیشرفت می‌کند. هر چند ممکن است بعدها کیفیت سپتی‌سمی تجدید شود.

- در بسیاری از موارد دیگر ابتدا آرتْریت ظاهر می‌شود و سپتی‌سمی بعداً بروز

می‌کند. در این صورت سپتی‌سمی را باید عارضهٔ آرتْریت دانست.

سپتی‌سمی سوزاکی بسیار خطرناک است. خوشبختانه امروز به وسیلهٔ تجویز سولفامیدها و پنی‌سیلین می‌توان از بروز آن جلوگیری کرد.

یکی دیگر از عوارض شوم این سپتی‌سمی، آندوکاردیت حاد بدخیم است که وخامت آن بر کسی پوشیده نیست.

۵ ـ آرتریت گنوکوکی مزمن

آرتریت گنوکوکی مزمن معمولاً متعاقب آرتْریت حاد ایجاد می‌شود. به طوری که بیمار در پیشینهٔ خود یک ورم مفصلی حاد به خاطر دارد که اغلب درمان نشده یا به طور ناقص درمان شده است.

آرتْریت مزمن سوزاک فراوان است و اهمیت آن از دو جهت است:

یکی اینکه چون به اشکال مختلف در می‌آید ممکن است با روماتیسم‌های مزمن دیگر اشتباه شود.

دیگر اینکه چون معمولاً به آنکیلوز (بی‌حرکتی مفصل) منجر می‌شود، عمل مفصل را به کلی ضایع می‌کند.

درمان این آرتْریت مزمن برخلاف آرتْریت حاد بسیار مشکل و غالباً بی‌نتیجه است.

یکی از اشکال مهم این آرتْریت مزمن، آرتْریت یک مفصلی چسبندگی دهنده است که معمولاً بعد از هیدرارتروز سوزاکی تولید می‌شود و یکی از عوارض وخیم آن به شمار می‌رود.

اصولاً در هر ورم سوزاکی باید به آنکیلوز توجه داشت و حتی‌المقدور از بروز این عارضه جلوگیری نمود و یا لااقل کاری کرد که مفصل متورم در وضع رضایت‌بخش چسبندگی پیدا کند.

یکی دیگر از اشکال آرتْریت سوزاکی مزمن، شکل شبیه به نقرس است که دو یا سه مفصل بزرگ و چند مفصل کوچک را می‌گیرد. مفاصل تغییر شکل می‌دهند و گره‌هایی در اطراف آنها پیدا می‌شود که خیلی به توفوس نقرس شبیه است.

شکل سوم آرتْریت سوزاکی مزمن، آرتْریت ستون فقرات است که آن را اسپوندیلوز

چسبندگی دهندهٔ گنوکوکی نیز می‌گویند. چند مفصل از ستون فقرات چسبندگی پیدا می‌کند، تغییر شکل می‌دهد، بی‌حرکت می‌شود و خیلی دردناک است. پیش آگهی اسپوندیلوز (بی‌حرکتی مهره) معمولاً بسیار بد است، با این‌حال درمان اسپوندیلوز گنوکوکی بیش از اسپوندیلوزهای دیگر اثر دارد.

ممکن است آرتریت از ستون فقرات به مفاصل لگن یا به مفاصل شانه تجاوز کند. در این صورت این اسپوندیلوز را اسپوندیلیت ریزوملیک می‌گویند. یعنی اسپوندیلیتی که با آرتریت ریشهٔ اطراف همراه است. باید دانست که پیش آگهی اسپوندیلیت ریزوملیک سوزاکی از پیش آگهی اسپوندیلیت‌های ریزوملیک دیگر بهتر است.

شکل چهارم آرتریت‌های سوزاکی مزمن، روماتیسم مزمن تغییر شکل دهندهٔ پیشرفت کننده است و به همین جهت در مقابل هر روماتیسم مزمن تغییر شکل دهنده باید سوزاک را در نظر داشت.

شکل پنجم کوکزیت گنوکوکی است که بسیار اهمیت دارد. کوکزیت آماس مفصل کوکزوفمورال است. در کوکزیت اشخاص جوان باید همیشه به سوزاک فکر کرد. در نزد کودکان کوکزیت ممکن است متعاقب سوزاک ملتحمهٔ چشم یا سوزاک اعضای تناسلی (اگر بیمار کوچک دختر باشد) بروز کند و در سالمندان چندین سال بعد از سوزاک حاد عارض شود. در این موارد تشخیص کوکزیت با کوکزالژی و سیاتیک و مانند اینها مطرح می‌شود.

پیش آگهی کوکزیت گنوکوکی متفاوت است. چنانکه گاهی به آسانی علاج می‌پذیرد و یا به تدریج مزمن شده، مفصل را خالی می‌کند، سینوویال را می‌خورد و مفصل را به کلی از بین می‌برد. استخوان‌ها را می‌ساید و دررفتگی مفصل ایجاد می‌کند. موردی را ذکر کرده‌اند که دربارهٔ آن تشخیص دررفتگی مادرزادی مفصل ران داده بودند و در کالبدگشایی معلوم شده بود که کوکزیت سوزاکی در کار بوده است.

چنانکه ملاحظه می‌شود روماتیسم سوزاکی به اشکال مختلف در می‌آید و از این جهت است که در هر ضایعهٔ مفصلی اعم از اینکه بیمار جوان یا پیرمرد یا زن باشد باید سوزاک را در نظر گرفت و وجود آن را در سوابق بیمار و کانون‌های فعلی آن را با یک امتحان دقیق جستجو نمود.

پیش‌آگهی آرتریت‌های سوزاکی

پیش‌آگهی آرتریت‌های سوزاکی را به سهولت نمی‌توان تعیین کرد. زیرا پیشرفت بیماری بسیار متغیر است. گاهی آرتْریت ظرف مدت نسبتاً کوتاهی بهبود می‌یابد و زمانی با وجود معالجه مزمن می‌شود و آنکیلوز می‌دهد و مفصل را به کلی از کار می‌اندازد. از این جهت لازم است که حتی‌المقدور از بروز این عارضه جلوگیری کرد یا لااقل کوشید که آنکیلوز در وضع رضایت‌بخش انجام گیرد. بعدها که آنکیلوز شروع شد باید وسایل فیزیوتراپی را به کار برد و اگر آنکیلوز شدید و محکم باشد از ارتوپدی کمک خواست.

عوارض

عوارض آرتریت‌های سوزاکی دو نوع است: عوارض مکانیکی و عوارض عفونی.

عوارض مکانیکی

این عوارض مربوط به خود آرتْریت است و آنکیلوز مهمترین آنهاست. همیشه باید به خاطر داشت که وقتی آرتْریت سوزاکی مزمن شد، بیم آن می‌رود که مفصل چسبندگی پیدا کند. آنکیلوز سوزاکی ابتدا لیفی است ولی بعدها ممکن است آهکی و استخوانی شود.

از عوارض موضعی دیگر آرتریت‌های سوزاکی، آتروفی (تحلیل رفتن) عضلانی است که در تمام آرتریت‌ها کم و بیش عارض می‌شود؛ اما، در آرتریت‌های سوزاکی آتروفی زیاد شدید نیست، مگر اینکه بیماری طولانی شود و در اثر بی‌حرکت شدن مفصل و کیفیت‌های دیگر، عضلات مربوط تحلیل پیدا کند. باید دانست که این آتروفی در اختلال عمل مفصل تأثیر دارد.

عارضهٔ دیگر دررفتگی مفصل است. این عارضه از ساییده شدن استخوان‌ها و سستی عناصر مفصلی حاصل می‌شود. چنانکه یک حرکت کوچک کافی است مفصل را از جا در ببرد.

عوارض عفونی

این عوارض مربوط به خود سوزاک است. مهمترین آنها از این قرار است:

چرکین شدن آرتریت
سیتی‌سمی و سپتیکوپیوهمی
چرکین‌شدن غدد بناگوشی و مانند اینها
کراتوزپالموپلانتر
اریتم نوئو
درد رباط‌ها خصوصاً درد رباط آشیل
این عوارض نشان می‌دهد که آرتْریت سوزاکی برخلاف عقیدهٔ بعضی از دانشمندان که آن را مربوط به آلرژی می‌دانند مربوط به خودگنوکوک است.

تشخیص

تشخیص روماتیسم سوزاکی مبنی است بر اینکه در مقابل هر روماتیسم و هر گونه درد مفصلی یا عضلانی، سوزاک را در نظر بگیرند و آن را به وسایل بالینی و آزمایشگاهی جستجو کنند.

پرسش

باید تحقیق کرد که آیا بیمار اخیراً یا در قدیم سوزاک داشته است یا نه. بیمار گاهی به وجود این بیماری اعتراف می‌کند ولی باید متذکر بود که ممکن است اعتراف نکند یا اینکه اصلاً سابقهٔ سوزاک را فراموش کرده باشد.

جستجوی کانون‌های سوزاک

چیزی که در تشخیص آرتریت‌های سوزاکی فوق‌العاده اهمیت دارد، جستجوی کانون‌های اصلی سوزاک است.
پروستات و وزیکول سمینال و بیضه و اپیدیدیم را در مرد و گلوی رحم و لوله‌ها و تخمدان‌ها را در زن باید به دقت امتحان کرد. از این رو اهمیت توشهٔ رکتال و توشهٔ واژینال را در این مورد به خوبی می‌توان استنباط نمود.

آزمایش ادرار و ترشح مجرا

برای آزمایش ادرار باید ادرار صبح بیمار را گرفت. ترشح مجرا را می‌توان بعد از عکس‌العمل دادن بدن یا بدون آن مورد آزمایش قرار داد.

گنوکوک را در ترشح یا در ته ماندهٔ سانتریفوگاسیون ادرار مستقیماً یا بعد از کشت در محیط‌های مخصوص جستجو می‌کنند. باید دانست که گنوکوک خیلی دیر و به زحمت رشد می‌کند و برای تفکیک آن از دیپلوکوک‌های دیگر روش‌های مخصوص به کار می‌برند.

آزمایش‌های دیگر

علاوه بر تجسّس میکروب سوزاک در ترشح مجرا و در فیلامان‌های ادرار و در ترشح پروستات و رحم و غیره طُرُق میکروب‌شناسی دیگر نیز متداول است. معروف‌ترین آنها کشت منی و گنوراکسیون است.

گنوراکسیون همان واکنش انحراف مکمل است که نظیر آن را در سیفیلیس به اسم واکنش واسرمن همه روزه به کار می‌برند. در خصوص ارزش این آزمایش همه بر یک عقیده نیستند. بعضی از متخصّصین معتقدند که گنوراکسیون مثبت ارزش زیاد دارد و بعضی دیگر می‌گویند که چندان ارزش ندارد. در هر صورت ممکن است سوزاک در کار باشد و گنوراکسیون منفی باشد. از بعضی آمارها چنین برمی‌آید که این واکنش در نزد ۸۰ درصد بیماران سوزاکی مثبت است.

پرتونگاری مفصل

پرتونگاری مفصل برای تکمیل معاینه و تشخیص آرتریت‌ها لازم است. مفصل را باید از رو به رو و نیم‌رخ پرتونگاری کرد و کلیشه را با کلیشهٔ مفصل مقابل یا با کلیشهٔ همان مفصل یک نفر شخص سالم مقایسه نمود.

در پرتونگاری سه علامت بزرگ دیده می‌شود: اول افزایش مادهٔ آهکی در بعضی نقاط استخوان که از نقاط دیگر تیره‌تر به نظر می‌آید. دوم نقصان مادهٔ آهکی در بعضی نقاط استخوان که روشن‌تر از معمول به نظر می‌آید. سوم از بین رفتن غضروف مفصلی، ولی

باید متذکر بود که این علائم معمولاً خیلی واضح نیست.

فایدهٔ دیگر پرتونگاری در تعیین پیش آگهی است، چه بدین وسیله می‌توان به تغییرات مفصل و استخوان‌ها در جهت بهتری یا بدتری پی برد. به طور کلی استخوانی شدن عناصر مفصلی دلیل بر بهبود آرتْریت و از بین رفتن کیفیات التهابی است.

تشخیص افتراقی آرتریت‌های سوزاکی بیش از همه با سه بیماری زیر مطرح می‌شود:

۱ـ بیماری بویو

۲ـ آرتْریت روماتوئید

۳ـ نقرس

ولی تشخیص هر یک از این بیماری‌ها به واسطهٔ علائم افتراقی مخصوص به هر کدام آسان است.

درمان

درمان آرتریت‌های سوزاکی باید هر چه زودتر انجام گیرد.

این درمان شامل دو قمست است: درمان سوزاک، درمان آرتریت.

الف ـ درمان سوزاک

قبل از هر چیز باید کانون‌های اصلی سوزاک را درمان کرد. علاوه بر طریقه‌هایی که در اورولوژی (شناخت دستگاه اداری) متداول است باید سولفامید یا پنی‌سیلین را به مقدار لازم و کافی به کار برد.

از سولفامیدها بیشتر آلوسید و سولفاتیازل را تجویز می‌کنند. ولی مشتقات دیگر آن نیز مفید است. باید مقدار این داروها طوری باشد که غلظت آنها در صد گرم خون به ۶ تا ۱۰ میلی‌گرم برسد. این معالجه را دَه تا چهارده روز ادامه می‌دهند. پنی‌سیلین را سی هزار واحد در هر سه ساعت تا پنج مرتبه یعنی روی هم رفته صد و پنجاه هزار واحد تزریق می‌کنند.

علاوه بر این دو داروی اساسی درمان شوک با پپتین، واکسن، شیر و پروتئین‌های دیگر نیز هنوز متداول است.

ب ـ درمان آرتریت

در عین حال که سوزاک را معالجه می‌کنند باید آرتْریت را نیز به وسایل مخصوص معالجه کرد.

در آرتْریت حاد باید مفصل را بی‌حرکت کرد و درد را به وسیلهٔ سالیسیلات دوسود و آسپیرین و مسکن‌های دیگر تسکین داد. دیاترمی (گرم‌کردن با امواج فراصوت) و حمام گرم نیز غالباً مفید است.

همین که ورم خوابید و آماس برطرف شد باید سعی کرد هر چه زودتر مفصل را به حرکت انداخت. زیرا آرتْریت سوزاکی میل زیاد به بی‌حرکتی مفصل دارد. حرکت دادن مفصل باید ابتدا خیلی ملایم و آرام و تدریجی باشد. ابتدا یک نفر پرستار مفصل بیمار را به حرکت می‌آورد، بعد همین که مفصل نرم شد و عضلات قوت گرفت خود بیمار مفصل را حرکت می‌دهد.

۶ـ آرتْریت دیسانتری

در یک یا دو درصد دیسانتری‌های باسیلی که در اثر باسیل شیگا یا هیس یا فلکسنر تولید می‌شود آرتْریت وجود دارد. در این آرتریت‌ها میکروب خیلی به ندرت در غشای سینوویال مفصل دیده شده است و هنوز معلوم نیست که ورم مفصل از اثر مستقیم میکروب یا از حساس شدگی بدن و آلرژی حاصل می‌شود. آرتْریت دیسانتری معمولاً دو هفته تا یک ماه پس از دیسانتری بروز می‌کند و بیشتر مفاصل بزرگ زانو و شانه و آرنج را می‌گیرد. در ۵۰ درصد موارد ورم ملتحمه چشم علاوه می‌شود.

آرتْریت دیسانتری به اشکال مختلف در می‌آید. مثلاً، آرترالژی ساده، سینوویت آرتْریت توأم با پری‌آرتْریت و مانند اینها.

پیشرفت این آرتریت‌ها معمولاً رو به خوبی است. باید دانست از روزی که سلوفاگوآنیدین را در معالجهٔ دیسانتری به کار می‌برند، عوارض مفصلی این بیماری کمتر شده است.

از لحاظ درمان‌شناسی باید به خاطر داشت که سالیسیلات دوسود اثر نمی‌کند و این امر می‌رساند که آرتْریت باید مربوط به خود میکروب باشد چه اگر مربوط به آلرژی بود،

مـی‌بایست کـه سـالیسیلات اثـر کـند. تـرکیبات سـولفامید از قـبیل سـولفانیلامید و سولفاپیریدین و غیره مؤثر است و این نیز دلیل بر دخالت مستقیم میکروب در ایجاد این آرتریت‌هاست.

۷ـ آرتریت حصبه

آرتریت حصبه در جریان بیماری یا در دورهٔ نقاهت بروز می‌کند و به اشکال بـالینی مختلف درمی‌آید:

الف ـ سینوویت

در این شکل میکروب حصبه را در مفصل می‌توان یافت. سینوویت (التهاب غشای سینوویال) بیشتر اوقات با ترشح سروفیبرینی مـفصل هـمراه است ولی مـعمولاً چـرک نمی‌کند.

ب ـ آرتریت ترشحی

آرتریت ترشحی معمولاً یکی از مفاصل بزرگ را می‌گیرد.

ج ـ اسپوندیلیت (تورم مهره‌ها)

آرتریت ستون فقرات در دورهٔ استقرار حصبه عارض می‌شود و شکـل حـاد بـه خـود می‌گیرد. ولی ممکن است بعد از پایان بیماری بروز کند و طولانی‌تر باشد. پیش‌آگهی این عارضه روی هم رفته بد نیست.

د ـ سلولیت دور مفصل

ورم بافت‌های دور مفصل گاهی باعث دردهای شدید می‌شود.

نکتهٔ مهم

آرتریت‌های حصبه را با پریوستیت (التهاب بافت همبند) حصبه نباید اشتباه کـرد. پریوستیت یکی از عوارض نسبتاً فراوان این بیماری است و دردهای مفصلی و استخوانی شدید می‌دهد.

درمان آرتْریت‌های حصبه برحسب موارد فرق می‌کند. اگر آرتْریت ساده است، بی‌حرکت کردن مفصل و درمان‌های معمولی و تجویز کلرومایستین کافی است و اگر ترشحی است مفصل را باید خالی کرد و اما اگر چرکین است باید علاوه بر خالی کردن مفصل سولفامید و پنی‌سیلین هم تجویز نمود. چون در این مورد میکروب‌های معمولی نیز غالباً دخالت دارد.

وقتی که آرتْریت مزمن شد باید حتی‌المقدور از آنکیلوز و آتروفی عضلانی جلوگیری کرد.

۸ ـ آرتْریت پنوموکوکی

آرتْریت پنوموکوکی بیشتر در هفتهٔ دوم پنومونی بروز می‌کند و اغلب یک سینوویت است که با پری‌آرتْریت توأم است. آرتْریت پنوموکوکی گاهی چرکین می‌شود.

در این آرتْریت سولفامیدها و پنی‌سیلین بسیار مؤثّر است.

۹ـ آرتْریت مخملک

عوارض مفصلی مخملک به اشکال مختلف در می‌آید:

۱ـ آرترالژی ساده که در جریان مخملک یا پس از آن عارض می‌شود.

۲ـ آرتْریت که ممکن است ساده یا ترشحی باشد.

۳ـ آرتْریت به اضافهٔ پری‌آرتریت.

در پیدایش این آرتریت‌ها، استرپتوکوک را مؤثّر می‌دانند و به نظر می‌رسد که آلرژی بدن در مقابل استرپتوکوک نیز در ایجاد این عوارض مفصلی مؤثّر باشد. در آرتریت‌های چرکین مخملک، استرپتوکوک را یافته‌اند. در آرترالژی و آرتریت‌های ساده سالیسیلات دوسود تأثیر دارد، به طوری که می‌توان گفت در پیدایش آرتریت‌های مخملک گاهی خود میکروب و گاهی آلرژی بدن در مقابل توکسین (زهر)های آن مؤثّر است.

۱۰ـ آرتْریت ملیتوکوکی

در جریان تب مالت خصوصاً در مراحل شدت تب عوارض مفصلی بروز می‌کند. این

عوارض مفصلی گاهی به صورت یک آرترالژی ساده است و در یکی دو مفصل دردهایی به شکل تیر کشیدن عارض می‌شود، و گاهی به صورت آرتْریت ساده یا آرتْریت توأم با پری‌آرتریت است. آرتْریت ممکن است ساده یا ترشحی باشد. این عوارض مفصلی از مشخصات بزرگ تب مالت به شمار می‌رود و مشخص‌تر از همهٔ آنها کوکزیت ملیتوکوکی است که غالباً خیلی دردناک است.

اسپوندیلیت ملیتوکوکی نیز گاهی دیده می‌شود و بیشتر در اواخر تب مالت بروز می‌کند. این عارضه بیشتر مهره‌های فقرات ظهری و قطنی و عجزی را می‌گیرد. محققین انگلیسی برای معالجهٔ این آرتریت‌ها امواج کوتاه را توصیه می‌کنند. اورئومایسین، نئوسالوارسان و واکسن ضد مالت نیز مؤثّر است.

باید دانست که آرتریت‌های تب مالت هیچ‌گاه چرک نمی‌کند و دیر یا زود بهبود می‌پذیرد، بدون آنکه عارضه‌ای باقی گذارد.

۱۱ـ آرتریت‌های سیفیلیسی

در تمام ادوار سیفیلیس عوارض مفصلی ممکن است عارض شود:

۱ـ در دورهٔ ثانی سیفیلیس، یعنی در بحبوحهٔ فعالیت بیماری، آرتْریت سیفیلیسی ممکن است به شکل بیماری بویو درآید. در این شکل با تزریق نئوسالوارسان تمام علائم یعنی آنژین و تب و ورم مفاصل از بین می‌رود. در این شکل بثوارت جلدی را نباید از نوع اریتم پولیمورف روماتیسمی دانست و باید به دقت مخاط‌ها و غدد لنفاوی را امتحان کرد و از سابقهٔ شانکر پرسش نمود و خون بیمار را از لحاظ سرم‌شناسی مورد بررسی قرار داد.

گاهی نیز در این دوره آرتْریت به شکل هیدرارتروز ساده (تجمع مایع در حفرهٔ مفصل) در می‌آید که در یک یا دو مفصل بزرگ از جمله زانو عارض می‌شود. این هیدرارتروز سیفیلیسی با درمان ضد سیفیلیس از بین می‌رود.

۲ـ در دورهٔ ثالث سیفیلیس، عوارض مفصلی مختلف دیده می‌شود که بعضی از آنها بر اثر گوم‌های مفصلی و بعضی دیگر بر اثر پریوستیت سیفیلیسی به وجود می‌آید. این آرتریت‌ها ممکن است ساده یا ترشحی باشد که غالب آنها بی‌درد است. در مقابل آرتریت‌های بی‌درد خصوصاً اگر یک مفصلی باشد باید همیشه سیفیلیس را در نظر

گرفت.

۳ـدر تابس عوارض مفصلی مخصوصی به اسم آرتروپاتی‌های تابس دیده می‌شود که در حقیقت جزء آرتریت‌ها نیست و بیشتر مربوط به اختلالات تغذیه است.

۴ـ در سیفیلیس ارثی ورم مفاصل بیشتر به شکل آرتْریت یک مفصلی در می‌آید. در این موارد علائم دیگر سیفیلیس ارثی از قبیل التهاب قرنیهٔ بینابینی و دندان‌های هوچینسون وجود دارد و آزمایش واسرمن مثبت است.

روماتیسم قلبی

آیا در ناحیهٔ قلب یا زیر جناغ سینه درد حس می‌کنید؟
آیا به درد سینه یا نفس تنگی دچار می‌شوید؟
آیا دچار اضطراب و ناراحتی قلب می‌شوید؟
آیا درد سینهٔ شما به بازوی چپ می‌زند؟
آیا بی‌جهت دچار تپش قلب می‌شوید؟
آیا زود به زود خسته می‌شوید؟

روماتیسم قلبی

می‌دانیم که عفونت روماتیسمی بیش از هر عضوی قلب را ضایع می‌کند. مجموع ضایعات روماتیسمی قلب را روماتیسم قلبی می‌نامند. روماتیسم قلبی دو نوع است:

- با ضایعات فعال و پیش‌رونده که در این صورت عفونت روماتیسمی در تمام یا قسمتی از قلب باقی است و به فعالیت و پیشرفت خود ادامه می‌دهد.
- با ضایعات متوقف و خاموش که در این صورت عفونت روماتیسمی از بین رفته است و فقط بقایای تصلبی ضایعات آن بر جاست.

سبب‌شناسی

روماتیسم قلبی یکی از فراوان‌ترین انواع بیماری‌های قلب است، تا جایی که در کودکان تقریباً ۹۰ درصد و در اشخاص بالغ تقریباً ۳۰ درصد تمام بیماری‌های قلب، از نوع روماتیسم قلبی است. یکی از عواملی که در سبب‌شناسی روماتیسم قلبی بسیار اهمیت دارد، عامل سن است. روماتیسم قلبی عموماً در دورهٔ دوم کودکی و هنگام بلوغ و سال‌های اول جوانی بروز می‌کند و دوره‌اش تا سن ۴۰ سالگی ادامه دارد. تاریخ شروع ضایعات بیشتر سن ۵ و ۱۰ سالگی است و خیلی به ندرت اتفاق می‌افتد که قبل از ۵ سالگی و بعد از ۴۰ سالگی باشد. عامل جنس اهمیت زیادی ندارد و آمارهای جدید نشان

می‌دهد که روماتیسم در مرد و زن به یک نسبت دیده می‌شود. مع‌هذا بعضی معتقدند که در جنس زن فراوان‌تر است. تأثیر عوامل نژادی کاملاً روشن نیست. همین قدر باید دانست که عفونت روماتیسمی و عوارض قلبی آن در میان اقوام سیاه‌پوست و زردپوست چندان شیوع ندارد.

محیط و به طور کلی شرایط جغرافیایی مُؤثّر به نظر می‌رسد. روماتیسم و ضایعات روماتیسمی قلب در جزیرهٔ بریتانیا و مناطق شمالی امریکا بسیار شایع است. روماتیسم قلبی معمولاً مجرد و تنهاست و خیلی کمتر دیده می‌شود که با بیماری‌های قلبی دیگر مانند سیفیلیس و ناهنجاری‌های مادرزادی قلب همراه باشد. گاهی به ویژه نزد بیماران مسن، روماتیسم قلبی با افزایش فشارخون همراه است.

روماتیسم قلبی در تمام اشکال عفونت روماتیسمی عارض می‌گردد:

در بسیاری از موارد، پُلی‌آرتْریت روماتیسمی، شدید و کاملاً واضح است و عارضهٔ قلبی در بحبوحهٔ حملات مفصلی بروز می‌کند. در اینجا لازم است متذکر شویم که اولاً هر قدر آماس مفاصل شدیدتر باشد، احتمال بروز عارضهٔ قلبی زیادتر است و ثانیاً هر دفعه که حملهٔ پُلی‌آرتْریت عود می‌کند، احتمال بروز عارضهٔ قلبی زیادتر می‌شود. به طوری که در بیمارانی که چندین مرتبه به حملات مفصلی روماتیسم مبتلا شده‌اند، بروز روماتیسم قلبی تقریباً حتمی است. در بعضی از موارد، پُلی‌آرتْریت روماتیسمی وجود ندارد و علائم عفونت روماتیسمی منحصر به تب و حالت عفونی کم و بیش واضحی است که با درد خفیفی در مفاصل یا عضلات همراه است. گاهی اوقات، عفونت روماتیسمی به شکل لوزه یا عوارض دیگر است مانند اختلال ریه و پلورزی و غیره.

بالأخره آنچه در عمل بسیار اهمیت دارد این است که در پاره‌ای موارد در سابقهٔ بیمار هیچ‌گونه اثری از عفونت روماتیسمی مانند پلی‌آرتْریت و درد مفاصل و درد عضلات و تب، نمی‌توان یافت. امروزه این مطلب به تحقیق رسیده است که عفونت روماتیسمی می‌تواند از اول تا آخر دورانِ خود منحصراً قلبی باشد. این دسته از موارد را به اسم روماتیسم قلبی اصلی می‌نامند.

نکتهٔ شایان تذکر آنکه عفونت روماتیسمی مرضی است مزمن که به فواصل معینی

عود می‌کند. عود مرض بین ۵ و ۱۵ سالگی بسیار فراوان است و تقریباً در ۷۵ درصد موارد دیده می‌شود. ولی در سال‌های دیگر عمر نیز ممکن است، دیده شود. معمولاً هر قدر بیمار جوان‌تر باشد، مرض بیشتر عود می‌کند و چنانچه در پیش گفتیم احتمال وقوع عوارض قلبی بیشتر است. باید دانست که عفونت روماتیسمی کودکان در حملات مکرر خود به اشکال مختلف در می‌آید؛ مثلاً در حملهٔ اول به شکل پلی‌آرتْریت است، بعد به قلب می‌زند و در حملهٔ سوم هم مفاصل و هم قلب را می‌گیرد و ضایعاتی جدید به وجود می‌آورد. اما در اشخاص بالغ تکرار عفونت یکنواخت و یک شکل است.

علائم بالینی

در اینجا به ذکر بعضی نکات اکتفا می‌کنیم:

۱ـ پریکاردیت روماتیسمی

آماس پریکارد تقریباً ۱۰ درصد ضایعات روماتیسمی قلب را تشکیل می‌دهد. پریکاردیت روماتیسمی ممکن است خشک یا ترشحی باشد و در هر دو صورت به سهولت شناخته می‌شود، چون همواره علائمی هست که جلب توجه می‌کند. پیش آگهی معمولاً خوب است و آماس پریکارد خود به خود جذب می‌گردد. ازدیاد مفرط مایع و بروز چسبندگی‌های بعدی فراوان نیست. مع‌هذا گاهی سمفیز (چسبندگی) پریکارد پیش می‌آید و دیر یا زود در آسیستولی به پایان می‌رسد. اما چیزی که بیشتر بر وخامت پریکاردیت می‌افزاید، اجتماع آندوکاردیت و به خصوص میوکاردیت است که در بسیاری از موارد دیده می‌شود.

۲ـ آندوکاردیت روماتیسمی

آندوکاردیت روماتیسمی به مراتب فراوان‌تر است که همیشه خیلی واضح نیست. یگانه علامت آن در روزهای اول تغییر یافتن آهنگ یکی از صداها در یکی از کانون‌های قلب است. بعد در ظرف دو یا سه هفته سوفلی پیدا می‌شود که محل و صورت آن برحسب دریچه‌ها فرق می‌کند. این سوفل معمولاً نشانهٔ تصلب و تغییر شکل دائمی دریچه است و تا آخر همچنان باقی می‌ماند. با این حال، بعضی از قلب شناسان دیده‌اند که چنین

سوفلی بعد از چند روز یا چند هفته از بین رفته است.

آندوکاردیت روماتیسمی هم مانند پریکاردیت روماتیسمی یا به کلی جذب شده، از بین می‌رود و یا تصلب پیدا کرده به صورت بیماری‌های مزمن دریچه‌ها در می‌آید. البته در اینجا نیز اجتماع آماس پریکارد و به خصوص میوکارد بر وخامت عارضه می‌افزاید. نکتهٔ مهم آنکه آندوکاردیت روماتیسمی ممکن است از ابتدا خاموش و آرام و مزمن باشد و بعد از سال‌ها به شکل یکی از بیماری‌های دریچه‌ای ظاهر گردد.

۳ـ میوکاردیت روماتیسمی

میوکاردیت روماتیسمی فوق‌العاده فراوان است و به عقیدهٔ بعضی در تمام موارد وجود دارد. با این حال کمتر اتفاق می‌افتد که علائم آن واضح باشد. امروزه آزمایش الکتروکاردیوگرافی (E.C.G) که به طور مرتب و مکرر انجام می‌گیرد، وجود آن را در اکثر موارد آشکار می‌سازد.

نکتهٔ مهم آنکه میوکاردیت روماتیسمی به ندرت تنهاست. غالب اوقات آماس پریکارد و مخصوصاً آندوکارد علاوه می‌شود و از اجتماع این آماس‌ها تابلوهای مختلف به وجود می‌آید که تعبیر آن گاهی بسیار دشوار است.

در مواردی که میوکاردیت روماتیسمی واضح است، بزرگ‌ترین علائم آن تاکی‌کاردی و صدای گالوپ و سوفل نارسایی عملی دریچهٔ میترال و ازدیاد ابعاد تصویر قلب است که در اوتودیاگرافی به خوبی نمایان می‌گردد. آسیستول آریتمی‌های مختلف و فیبریلاسیون دهلیزی در بعضی موارد دیده می‌شود.

آزمایش الکتروکاردیوگرافی (نوار قلبی) همواره تغییراتی نشان می‌دهد مانند نقصان ولتاژ و تغییر شکل امواج و افزایش فاصله و آریتمی‌های مختلف و... منتها باید دانست که این حالات معمولاً زودگذر و ناپایدارند و به همین جهت باید هر روز یا یک روز در میان آزمایش الکتروکاردیوگرافی را تجدید نمود.

در بعضی موارد، میوکاردیت روماتیسمی به وجود علائم آسیستولی شناخته می‌شود. این همان است که پزشکان کلاسیک آن را آسیستولی تبخیر حاد (آسیستولی التهابی) نامیده‌اند، چه علاوه بر علائم، عفونت کم و بیش شدیدی نیز وجود دارد. از خصوصیات

این تب و حال عفونی یکی این است که سالیسیلات دوسود و آنتی پیرین در آن اثر ندارد و دیگر اینکه کِشت خون دائماً منفی است. علائم آن قدرها اهمیت ندارد و غالباً به جز تاکی‌کاردی و تغییراتی چند در الکتروکاردیوگرام علائم دیگری نمی‌توان یافت. علائم ریوی مانند علائم برونشیت منتشر و احتقان ریه و پلورزی بسیار شدید است و باید دانست که روماتیسم در ایجاد این حالات ریوی دخالت دارد و تمام آنها معلول نارسایی عمل قلب نیست. همچنین گاهی علائم کلیوی مهمی در کار است؛ از قبیل، نقصان ادرار و آلبومینوری و هماتوری (خونریزی فراوان)، همه دلیل بر وجود حالت عفونی کلیه‌هاست و پیش آگهی آسیستولی روماتیسمی بسیار خطرناک است.

۴ـ پانکاردیت روماتیسمی

پانکاردیت عبارت از آماس هر سه پردهٔ قلب است. تابلو بالینی پانکاردیت روماتیسمی ترکیبی است از علائم یک حالت عفونی کم و بیش شدید و علائم نارسایی میوکارد که به نحو نامنظم پیشرفت می‌کند. در امتحان قلب، مخلوطی از علائم آندوکاردیت و پریکاردیت و میوکاردیت وجود دارد و تغییر آن غالباً بسیار دشوار است.

پیش‌آگهی معمولاً فوق‌العاده وخیم است، به این معنی که یا بیماری در سنکوپ یا کولاپسوس یا آسیستولی حاد به پایان می‌رسد و یا ضایعاتی عمیق در قلب باقی می‌ماند.

طرز پیشرفت روماتیسم قلبی

طرز پیشرفت روماتیسم قلبی متفاوت است:

۱ـ غالب اوقات، مرحلهٔ حاد ضایعات سپری می‌شود و بیماری آرام می‌گیرد و تمام آثار آن از بین می‌رود، مگر ضایعاتی در دریچه‌ها که به طور دائم باقی خواهد ماند. فراوان‌ترین این ضایعات به ترتیب عبارت‌اند از: ضایعات دریچهٔ میترال، ۶۲ تا ۶۹ درصد و ضایعات دریچهٔ میترال و دریچهٔ آئورت با هم، ۱۹ تا ۳۳ درصد و ضایعات دریچهٔ آئورت تنها ۵ تا ۱۲ درصد.

بیماری دریچه معمولاً چند سال بعد از حملهٔ حاد روماتیسم بروز می‌کند. به این معنی که در فاصلهٔ بروز بیماری هیچ‌گونه علامتی از قبیل تنگی نفس و تپش قلب و امثال

آن که دلیل بر اختلال عمل قلب باشد، وجود ندارد. در این صورت عفونت به کلی از بین رفته است.

۲ـ گاهی از اوقات، بیماری بعد از آنکه مدتی آرام گرفت و علائم آن ظاهراً منفی شد دوباره به همان ترتیب اول یا به نحوهٔ دیگری عود می‌کند و ضایعاتی جدید در قلب به وجود می‌آورد. همواره باید به خاطر داشت که عفونت روماتیسمی مرضی است مزمن که گاه به‌گاه به فواصل نامعین عود می‌کند. هر یک از حملات بیماری ممکن است منحصراً در قلب باشد و آن را کاردیت رکورانت (آماس رجعت کنندهٔ قلب) می‌نامند.

۳ـ در بعضی موارد، عفونت اصلاً آرام و خاموش نمی‌شود و علائم آن مانند تب و کم‌خونی و آماس مفاصل و تغییرات خون همچنان ادامه دارد.

در این صورت ضایعات قلب هم به پیشرفت خود ادامه می‌دهند و اختلالی عمیق در کارکرد قسمت‌های مختلف قلب ایجاد می‌کنند. این شکل روماتیسم قلبی را آماس فعال مزمن قلب (روماتیسم قلبی پیش رونده) می‌نامند. باید دانست که در این شکل سالیسیلات دوسود اثر ندارد و پیش آگهی معمولاً بسیار خطرناک است. بدیهی است که تشخیص روماتیسم قلبی پیش‌رونده بیش از همه با آندوکاردیت عفونی زیر حاد مطرح می‌گردد. در اینجا لازم است یادآور شویم که تنها وسیلهٔ قطعی تشخیص همانا کشت خون است که در مورد آندوکاردیت عفونی مثبت و در مورد روماتیسم قلبی منفی است.

۴ـ در پاره‌ای موارد نادر، از همان ابتدا تابلو آسیستولی تبخیر حاد (التهابی) برقرار می‌شود که علائم آن را در سطور پیش بیان کردیم.

۵ـ بالأخره گاهی، ضایعات قلبی روماتیسم در پیشرفت خود متوقف می‌گردند و رو به بهبود می‌گذارند. این قبیل مشاهدات متأسفانه کمیاب است.

درمان

اساس درمان روماتیسم قلبی استراحت کامل در بستر است و مادام که پیشروی و فعالیت عفونت ادامه دارد، باید استراحت نیز ادامه داشته باشد. از کجا می‌فهمیم که فعالیت عفونت ادامه دارد؟ از روی منحنی‌های تب و نبض و ارقام V.S.G، به طور کلی می‌توان گفت که تا درجهٔ حرارت بدن به میزان طبیعی نرسیده است و نبض تندتر از ۹۰

در دقیقه می‌زند و V.S.G بالاست، بیمار باید بستری باشد. مقصود از بستری بودن استراحت کامل است؛ بیمار حق ندارد در بستر بنشیند و حتی حق ندارد خودش غذا در دهان بگذارد. البته شدت این استراحت برحسب موارد فرق می‌کند.

علاوه بر استراحت جسمانی بیمار باید از هر گونه تحریک عصبی و روحی بر کنار باشد. برای افزودن ساعات خواب و تسکین اعصاب می‌توان برموردها و مسکن‌های ساده را به مقدار کافی به کار برد.

دورهٔ نقاهت باید بسیار طولانی باشد و ابتدا هرگونه حرکت و فعالیتی در نهایت احتیاط انجام گیرد. در این مدت باید منحنی‌های درجهٔ حرارت و نبض و ارقام V.S.G را مرتباً تحت کنترل قرار داد. گروهی از پزشکان انگلیسی به طور متوسط ۳ ماه استراحت و ۳ ماه دورهٔ نقاهت توصیه کرده‌اند که البته این یک قاعدهٔ کلی نیست. رژیم غذایی باید ابتدا ساده و بعد تدریجاً مقوّی و جامع باشد.

سالیسیلات دوسود در ضایعات قلبی روماتیسم تأثیر ندارد و آن را به این امید که از پیشرفت ضایعات قلبی جلوگیری خواهد کرد، نمی‌توان تجویز نمود. مع‌هذا باید اعتراف کرد که تأثیر خوب سالیسیلات دوسود بر حالت عفونی بیمار و ورم مفاصل کاملاً آشکار است.

برای جلوگیری از عود بیماری دو کار می‌توان کرد:

۱ـ یکی تجویز سولفامیدها و پنی‌سیلین.

۲ـ دیگری برطرف کردن کانون‌های عفونت، مانند لوزه‌های چرکین و سینوزیت و دندان‌های کِرم‌خورده و غیره.

متأسفانه تأثیر این عوامل درمانی با آنکه مطلوب است، کافی نیست و از داروهای مقوّی قلب و رفع کنندهٔ ضایعات قلب نیز استفاده باید کرد.

روماتیسم فلج‌کننده (استئوآرتْریت تغییر شکل دهنده)

استئوآرتْریت تغییر شکل دهنده یکی از انواع بیماری‌های روماتیسمی است که در آن مفصل و انتهای استخوان‌های مفصلی دچار ضایعات استحاله‌ای شده و تغیر شکل یافته است.

سبب‌شناسی

استئوآرتْریت بیشتر در اشخاص مسن بروز می‌کند و در پیدایش آن دو عامل بزرگ تأثیر دارد:

۱ـ میکروتروماتیسم یا تروماتیسم (ضربه)های ناچیز ولی مداوم، در ایجاد این بیماری فوق‌العاده مُؤثّر است. این تروماتیسم‌ها گاهی از خارج وارد می‌آید، مثلاً دربعضی حرفه‌ها؛ ولی بیشتر اوقات مربوط به اختلال وضع مفصل است، مثلاً در اسکولیوز والنیسم (کج‌شدن ستون مهره) و غیره. چون سطوح مفصل در اثر این گونه اختلالات، دائماً در معرض اصطکاک و فشار قرار می‌گیرد.

۲ـ اختلال گردش خون در مفصل و بافت‌های مجاور آن و اسپاسم رگ‌ها که از اختلالات سلسلهٔ اعصاب نباتی و غدد درون‌ریز حاصل می‌شود، در پیدایش استئوآرتْریت بسیار مُؤثّر است.

استئوآرتریت گاهی بدون هیچ علت مشخص و پس از امراض مفصلی چون، آرتریت سوزاکی و آرتریت روماتوئید و مانند اینها عارض می‌شود.

آسیب‌شناسی

اولین ضایعات در غضروف مفصلی پدید می‌آید. باید یادآور شویم که در غضروف رگ نیست و تغذیهٔ سلول‌های آن به طریق اُسموز از مغز استخوان صورت می‌گیرد، از این رو غضروف حساسیت خاصی در مقابل تروماتیسم دارد. در صدمات کوچک و مکرر،

غضروف ورقه ورقه یا رشته می‌شود، بعد تکه‌هایی از آن جدا شده از حفرهٔ مفصل می‌افتد. غضروف شفافیت خود را از دست داده به رنگ زرد تیره در می‌آید. استخوانی که در زیر غضروف است متراکم می‌شود و آهک آن می‌افزاید. مع‌هذا در بعضی نقاط آهک استخوان تحلیل می‌رود و استخوان منظرهٔ کیستی به خود می‌گیرد، چنانکه ممکن است با بیماری پاژت اشتباه شود.

سینوویال متورم می‌شود و غشای درونی آن هیپرتروفی (افزایش رشد) پیدا می‌کند. بعد نسج جوانه‌ای (لاتیامی) قسمت‌هایی از سطح سینوویال را می‌گیرد.

نکتهٔ مهم اینکه در استئوآرتْریت تغییر شکل دهنده، آنکیلوز نیست و اگر هست مربوط به آرتْریت عفونی است که استئوآرتْریت متعاقب آن به وجود آمده است. به سبب این ضایعات وضع طبیعی مفصل به هم می‌خورد. در اثر این وضع غیرطبیعی قسمت قابل ملاحظه‌ای از سر استخوان ساییده می‌شود و در نتیجه تغییر شکل مفصل شدت می‌یابد. از طرف دیگر در اثر افزایش آهک در قسمت‌هایی از استخوان هیپراستوز و استئوفیت‌هایی (زائده‌هایی) به وجود می‌آید و همین استئوفیت‌هاست که حرکات مفصل را بیش از پیش محدود و دشوار می‌سازد و دردهای شدید می‌دهد.

بالأخره پس از آنکه مرض مدتی طولانی پیشرفت کرد، سطوح مفصلی به کلی ضایع و بی‌شکل می‌شود، تا جایی که شناختن آنها غالباً مقدور نیست.

علائم بالینی

برحسب آنکه استئوآرتْریت اصلی و یا ثانوی باشد علائم بالینی آن فرق می‌کند.

آغاز بیماری خیلی آرام و تدریجی است به طوری که گاهی تا مدت‌ها شناخته نمی‌شود. در بعضی موارد در ضمن یک امتحان پرتونگاری که به منظور دیگر از ستون فقرات انجام می‌دهند، استئوفیت‌هایی در مهره‌های کمر دیده می‌شود که به اسم منقار طوطی معروف است. در موارد دیگر وجود درد خفیف با محدودشدن حرکت مفصل جلب توجه می‌کند.

ممکن است استئوآرتْریت به شکل آرتْریت روماتوئید یا پُلی‌آرتْریت زیر حاد شروع شود، ولی این طرز استثناست.

به تدریج تابلو بالینی بیماری تکمیل می‌شود و در مرحلهٔ استقرار، آرتْریت به شکل‌های مختلف در می‌آید.

۱ـ استئوآرتْریت فقراتی که بیشتر در مردان و به خصوص در کارگران دیده می‌شود. حرکات قسمتی از ستون فقرات و بیشتر مهره‌های قطنی، محدود و دردناک است. بیمار نمی‌تواند به راحتی بنشیند، برخیزد، به جلو و پهلو خم شود، گاهی دردهای شدید و بعضی علائم عصبی که از فشار بر رشته‌های اعصاب حکایت می‌کند، علاوه می‌شود و تشخیص سندرم فشار بر نخاع را پیش می‌آورد.

از امتحان فیزیکی علامت مهمی نمی‌توان یافت جز اینکه حرکات ستون فقرات در قسمتی که بیمار احساس درد می‌کند محدود و دشوار است.

معمولاً در امتحان پرتونگاری است که استئوآرتْریت شناخته می‌شود. پرتونگاری که باید از رو به رو و نیم‌رخ انجام گیرد، استئوفیت‌هایی در کنار مهره‌ها نشان می‌دهد. این استئوفیت‌ها گاهی به شکل منقار طوطی است، ولی ممکن است به اشکال دیگر نیز باشد. در بعضی موارد استئوفیت‌های مهرهٔ فوقانی با استئوفیت‌های مهرهٔ تحتانی وصل مهره‌ها را به کلی از حرکت می‌اندازد. به علاوه غالباً سخت‌شدن لیگامان‌ها نیز جلب توجه می‌کند.

۲ـ استئوآرتْریت زانو که نسبتاً فراوان است و بیشتر در زنان فربه در مرحلهٔ یائسگی دیده می‌شود، ابتدا یکی از زانوها یا هر دو زانو درد می‌گیرد و درد هم می‌کند و در عین حال تب و علائم عمومی خفیف ظاهر می‌شود. این کیفیات مدتی باقی می‌ماند، بعد تدریجاً علائم التهاب مفصل تخفیف می‌یابد در صورتی که رتول و انتهای فمور و سرِ تی‌بیا تغییر شکل می‌دهند و مفصل به کلی از کار می‌افتد.

۳ـ استئوآرتْریت شانه بیشتر در کارگران دیده می‌شود. مفصل شانه درد می‌گیرد و حرکت آن محدود می‌گردد. بعد به تدریج سر استخوان هومروس و آکرومیون تغییر شکل می‌دهد.

۴ـ شکل عمومی یا استئوآرتْریت چند مفصلی، این شکل زیاد دیده می‌شود و معمولاً متعاقب بیماری‌هایی از قبیل آرتْریت روماتوئید و روماتیسم سوزاکی که مزمن شده

است، عارض می‌شود. گاهی در مطالعهٔ سوابق و بعضی علائم فعلی می‌توان به منشأ اصلی استئوآرتْریت پی برد، ولی غالب اوقات این طور نیست و فقط استئوآرتْریت یعنی ضایعات استحاله‌ای و استئوفیت‌ها و هیپراستوز جلب توجه می‌کند.

علائم بزرگ این استئوآرتْریت بیشتر چهار شکل است؛

۱ـ درد، ۲ـ محدود شدن حرکات مفصلی، ۳ـ تغییر شکل مفاصل، ۴ـ صدا کردن مفصل.

علائم دیگری نیز وجود دارد؛ مانند،

آتروفی عضلانی، آتروفی رباط‌ها و غیره.

چیزی که اخیراً به تحقیق رسیده وجود (سلولیت Cellulitis) است که در استئوآرتْریت هم مانند غالب بیماری‌های روماتیسمی وجود دارد. این سلولیت در اثر بعضی عفونت‌ها و سرماخوردگی و غیره شدت می‌یابد و خود باعث شدت یافتن دردهای استئوآرتْریت می‌گردد.

۵ـ شکل فوق‌العاده دردناک، استئوآرتریتی است که معمولاً در یک مفصل دیده می‌شود. دردهای مفصلی و استخوانی بسیار شدید است و شبیه به دردهای بسیار سخت سیفیلیسی استخوانی است و گاهی به قدری شدید است که حتی با مرفین هم تسکین پیدا نمی‌کند و باید به وسیلهٔ عمل جراحی استخوان را سوراخ کرد تا درد ساکت شود.

۶ـ استئوآرتْریت مفاصل کوچک:

الف ـ استئوآرتْریت بند اول شست

در این شکل علاوه بر درد و محدود شدن حرکات مفصل، ورم دوکی شکل نیز وجود دارد، به طوری که با بیماری شارکو اشتباه می‌شود. ولی در اینجا برخلاف بیماری شارکو تورم مفصل قرینه نیست و حالت عمومی رضایت‌بخش است. در رادیوگرافی بیماری شارکو استئوپوروز هست و حال آنکه در استئوآرتْریت تیرگی استخوان‌های مفصلی و زائده‌ها و استحالهٔ غضروف جلب توجه می‌کند.

به علاوه در استئوآرتْریت نودول‌هایی به نام نودول هبردن در فلانژ انگشت یافت می‌شود که آن را با نودول آشوف نباید اشتباه کرد. نودول هبردن نتیجهٔ هیپرتروفی استخوان و ضریح است.

ب ـ استئوآرتْریت مفصل فالانگومتاتارسین

این استئوآرتْریت گاهی پا را به کلی از کار می‌اندازد و به عجز و ناتوانی منتهی می‌شود. نکتهٔ مهم سرعت رسوب شدن گلبول‌های قرمز در تمام اشکال استئوآرتْریت طبیعی مگر در یک شکل و آن استئوآرتریتی است که با تغییر دوکی شکل مفاصل همراه است.

پیش آگهی استئوآرتْریت تغییر شکل دهنده متفاوت است. در غالب موارد استئوآرتْریت به خوبی تحمل می‌شود چنانکه ممکن است بیمار تا آخر عمر خود به وجود آن پی نبرد. در موارد دیگر و به خصوص در اشکال چند مفصلی استئوآرتْریت درد و محدود شدن حرکات بسیار شدید است، چنانکه بیمار رفته‌رفته زمین‌گیر می‌شود.

تشخیص مثبت استئوآرتْریت نامعین است. علائم بالینی و خصوصاً آزمایش پرتونگاری مفصلی وضع استخوان‌های مفصلی را معین می‌سازد. تشخیص افتراقی استئوآرتْریت اگر کلیشهٔ پرتونگاری در دست باشد مطرح نمی‌شود. ولی اگر کلیشه در دست نباشد، ممکن است با بیماری‌های دیگر استخوان از قبیل بیماری پاژت و استئوکوندریت تغییر شکل دهنده مطرح شود. نکته‌ای که در این تشخیص اهمیت دارد این است که استئوآرتْریت خیلی فراوان است، در صورتی که بیماری پاژت و استئوکوندریت استثناست.

درمان

- بهداشت در معالجهٔ استئوآرتْریت بسیار اهمیت دارد. زیرا بدون استراحت و رژیم غذایی صحیح و بدون رعایت اصول بهداشت نمی‌توان به شفای بیمار امیدوار بود.
- درمان خود استئوآرتْریت ـ قبل از هر چیز باید به درمان سلولیت (التهاب بافت همراه با چرک) که اغلب با استئوآرتْریت همراه است پرداخت؛ چه بیشتر دردها تابع این سلولیت است و آن را می‌توان به وسیلهٔ ماساژ، تزریق نووکائین و درمان‌های دیگر علاج کرد و یا لااقل تخفیف داد.

درمان خود استئوآرتْریت برحسب اهمیت و شدت مرض فرق می‌کند. باید اصولاً کاری کرد که مفصل راحت و آزاد باشد. مریض باید از شغلی که در تولید استئوآرتْریت مؤثّر بوده است، دست بکشد و همچنین از عوامل تروماتیسم دوری کند. در عین حال

باید سعی کرد که بیمار لاغر شود زیرا داشتن وزن زیاد در ایجاد استئوآرتْریت مُؤثّر است.
دیاترمی (گرم‌کردن با امواج فراصوت) و امواج کوتاه و اشعهٔ زیر قرمز مفید است.

اخیراً ویتامین A و مخصوصاً ویتامین $D_۲$ را نیز پیشنهاد کرده‌اند.

بالأخره بعضی از پزشکان مدعی هستند که تزریق محلول یک درصد اسید لاکتیک یا فسفات اسید دوپتاسیم در مفصل مفید است ولی این موضوع به ثبوت نرسیده است.

درمان جراحی نیز پیشنهاد شده که در تسکین درد اثری نیکو داشته است.

ریزش مو

در اینکه مو و زیبایی آن نقش مهمی در زیبایی بانوان و آقایان دارد شکی نیست. به جهت همین اثر شگرف و تأثیر زیباکنندهٔ مو است که این قدر شعرای ما دربارهٔ موی نگار و چین و شکن آن شعرها سروده و نغزها گفته‌اند.

دانش امروز که در جهت راحتی بشر و ماشینی شدن همهٔ کارهاست، در مورد زیبایی و تراوت موها نیز بیکار نبوده و برای زیبایی موها از هیچ کوششی خودداری نکرده است.

نخست باید یادآور شوم که برخلاف تصور بعضی، مو یک عنصر مرده و بی‌جان نیست و نباید با آن با خشونت رفتار نمود. پیاز مو یک عضو زنده و مرکز فعالیت حیاتی مو است و به همین علت، هر ناراحتی و آزاری که به موها وارد آید، روی پیاز مو اثر کرده و آن را آزرده می‌سازد و به تدریج موجب ضعف و زوال آن می‌گردد.

دانستن این نکته به نظر ضروری می‌آید که مو از دو قسمت تشکیل یافته، یکی قسمت آزاد یا ساقهٔ موست که بالای سطح پوست قرار گرفته است و دیگری پیاز مو که داخل پوست بوده و به همین لحاظ قادر به رؤیت آن از خارج نیستیم. در همین قسمتِ زیر پوست، چربی، شریان، ورید و غدد عرق وجود دارد که تغذیهٔ مو را فراهم می‌سازند و موجب رشد و تراوت مو می‌گردند. حال به عللی چند ممکن است که پیاز مو ضعیف شده و قدرت پرورش و رشد را از دست بدهد و یا به عللی از میان پوست خارج شود و بیفتد. همین افتادن و از بین رفتن پیاز مو است که موجب ریزش مو و کم شدن آن می‌شود.

ریزش موهای سر علل زیادی دارد:

۱ـ بیماری‌های عفونی و تب‌دار چون، حصبه، مخملک و بیماری‌های عفونی مزمن.

۲ـ مسمومیت‌ها ـ مسمومیت‌های حاد چون مسمومیت غذایی، دارویی و مسمومیت‌های مزمن.

۳ـ بیماری‌های پوستی، مخصوصاً پوست سر چون سبوره.

۴ـ کمبود ویتامین‌های مورد نیاز پوست و مو
۵ـ اختلال غدد مترشحهٔ داخلی
۶ـ ناراحتی‌های عصبی و هیجانات روحی

برای رفع و درمان ریزش موی سر باید پی به علت آن برد و با رفع علت به درمان ریزش مو پرداخت.

با درمان بسیاری از ناراحتی‌ها و بیماری‌های عفونی و داخلی (حصبه، تب‌های بثوری، گریپ، سل، سیفیلیس، بیماری‌هایِ دیگر تب‌دار) ریزش مو متوقف می‌شود.

با درمان مسمومیت‌های مزمن چون مسمومیت با جیوه، سرب و آرسنیک نیز ریزش موی سر درمان می‌شود.

درمان کمبود ویتامین‌ها (آویتامینوز) نیز باعث رفع ریزش مو خواهد بود.

اختلال غدد مترشحهٔ داخلی نیز باعث ناراحتی‌ها و دگرگونی‌هایی در سلامت و تندرستی بدن می‌شود. بیماری‌هایی چون میکسُدم، گواتر، اگزوفتالمیک و یا کمبود ترشحات تخمدان‌ها به علت خارج کردن آنها با عمل جراحی از بدن نیز موجب ریزش مو می‌شود که باید به درمان پرداخت. بیماری‌های مو چون، موخوره، آویتامینوز و خشکی موها را نیز باید تشخیص داد و درمان نمود.

بالأخره عارضهٔ اساسی که موجب ریزش مداوم و درمان ناپذیر مو است، بیماری‌های پوست سر است که شایع‌ترین آنها سبوره می‌باشد.

این بیماری عبارت است از چربی زیاد از حد طبیعی پوست سر و یا ترشح بیش از حد غدد چربی پوست سر که موجب ریزش مو شده و روز به روز پیشرفت می‌نماید. بیماری سبوره نه تنها موجب ریزش موها می‌شود، بلکه قدرت پرورش و رشد مو در پیاز مو نیز کم می‌شود. بدین صورت که پس از افتادن موها به جای آن موهای نرم و باریک‌تری می‌روید که اگر بیماری درمان نشود و ریزش ادامه داشته باشد، این موهای ریز و باریک هم به تدریج خواهد ریخت و پوست سر سفید و برّاق می‌شود. در صورتی که اگر موی سر به علل دیگری بریزد، بدین صورت پیشرفت نمی‌کند و پس از رفع علت و بیماری مجدّداً موهای درشت و مانند گذشته می‌روید و رفع کم مویی را خواهد کرد.

با دستورات زیر سعی می‌کنیم که تا حدودی به درمان کلی و رفع این عارضه بپردازیم:

۱ـ چنانچه درمان یک بیماری تب‌دار و عفونی را طی کرده‌اید نگران نباشید و بدانید که موهایتان مجدداً خواهد رویید. برای اینکه زودتر درمان شوید روزانه ۲ لیتر شیر و ۲ عدد تخم‌مرغ به غذای خود اضافه کنید. بیشتر ماهی بخورید، از جگر گوسفند و گوساله در غذای خود استفاده کنید. از سبزیجات، اسفناج زیادتر میل کنید. ماست را هیچ‌گاه فراموش نکنید که بسیار در پرورش موی سر تأثیر دارد.

۲ـ اگر ناراحتی‌های کبد یا سایر غدد بدن دارید و یا در دوران سالمندی هستید، برای حفظ موهایتان به غذاهای زیر توجه زیادتری بفرمایید.

شیر، پنیر، کره و ماست را غذای اصلی خود قرار دهید. اسفناج و کرفس را هر روز بیشتر میل کنید.

۳ـ هنگامی که به خاطر کار و شغل خود با جیوه، سرب و آرسنیک ارتباط دارید، حتماً شیر را فراموش نکنید. روزی ۲ لیتر شیر میل کنید. لبنیات چون ماست و پنیر شما را در پرورش موهایتان یاری می‌کند.

۴ـ وقتی به خاطر ضعف عمومی و احساس کمبود ویتامین دچار ریزش مو می‌شوید به این دستورات توجه کنید. در همه حال شیر را نباید فراموش کرد، هنگام ریزش مو به هر علت که باشد روزی ۲ لیتر میل بفرمایید. آب میوه‌های مختلف چون سیب، پرتقال و هویج بسیار ضروری است. مخمر آبجو، جگر و تخم‌مرغ در تأمین نیازمندی بدن به ویتامین‌ها بسیار مفید است.

۵ـ بالأخره اگر ریزش مو به علت چربی زیاد پوست سر باشد، باید غیر از رعایت رژیم‌های لازم به شستشوی سر پرداخت. در این مواقع باید هفته‌ای دوبار سر را با صابون‌هایی که مواد قلیایی نداشته یا کم دارند، شستشو دهید.

موادی که برای این گونه پوست‌های چرب خوب نیست و باید از خوردن آنها خودداری کرد، بدین قرار است:

تخم‌مرغ، مشروبات الکلی، نمک زیاد، چربی حیوانی، شکلات، گردو و پسته.

در صورتی که شیر بسیار مفید بوده، ماست و سبزیجاتی چون اسفناج، کرفس، هویج

در جلوگیری از ریزش مو نقشی اساسی دارد.

در بعضی اشخاص ریزش مو به دلایل ارثی است و در این‌گونه افراد وجود عامل ارث تأثیر دارد. با همهٔ اینها می‌توان با مصرف این مواد ریزش مو را به تأخیر انداخت: شیر، پنیر، ماست، جگر و قلوه، سبزیجاتی چون اسفناج، کرفس و هویج یا میوه‌هایی چون سیب و انار، موهای شما را حفظ خواهد کرد.

ریه و بیماری ریوی

ذات‌الریه (پنومونی) و آنچه باید بدانید:

۱ـ ریه چیست و چه عضوی از بدن است؟ نقش و وظیفهٔ این عضو در بدن چیست؟

۲ـ به طور عمومی اثر ریه در بدن چگونه است؟

۳ـ چگونه هوا در ریه جذب می‌شود؟

۴ـ راه‌های هوایی در ریه چگونه عمل می‌کنند؟

۵ـ چگونه می‌توان از بیماری ریه‌ها مطّلع شد؟

۶ـ چگونه می‌توان فهمید که عوارض ریوی به وسیلهٔ سیگار تشدید می‌شود؟

۷ـ آیا مشروب الکلی روی ریه اثر دارد و در بیماری‌های ریه زیان‌بخش است؟

۸ـ چه عواملی موجب بیماری‌های ریوی می‌شوند؟

۹ـ آیا بیماری‌های مختلفی موجب التهاب برونش‌ها و ریه‌ها می‌شود؟

۱۰ـ چگونه یک بیماری و عارضه را در ریه مشخص می‌کنند؟

۱۱ـ چه بیماری‌هایی می‌توانند یک ریه را جداگانه بیمار سازند؟

۱۲ـ در چه سنینی ریه‌ها در مقابل بیماری حساس هستند؟

۱۳ـ میکروب‌ها از چه راهی می‌توانند به ریه‌ها حمله نمایند؟

۱۴ـ آیا بیماری ریوی موجب مرگ می‌شود؟

۱۵ـ کدام بیماری‌های ریه خطرناک است؟

۱۶ـ پلور یا جنب چیست و در کجا قرار دارد؟

۱۷ـ بیماری پلورزی یا ذات الجنب چیست؟

۱۸ـ چگونه می‌توان به بیماری پلورزی (ذات‌الجنب) پی برد؟

۱۹ـ بیماری پلورزی در چه سنینی شایع‌تر است؟

۲۰ـ بیشتر در چه فصلی بیماری پلورزی دیده می‌شود؟

۲۱ـ علائم پلورزی (ذات‌الجنب) کدام است؟
۲۲ـ چگونه می‌توان از علائم به بیماری پنومونی (سینه پهلو) پی برد؟
۲۳ـ خلط بیمار مبتلا به سینه پهلو چگونه است و علائم مشخصهٔ آن چیست؟
۲۴ـ آیا از قیافه و صورت بیمار می‌توان علائمی مربوط به سینه پهلو را دید؟
۲۵ـ آیا تشخیص بیماری‌های ریه مشکل است؟
۲۶ـ آیا رادیوگرافی می‌تواند بیماری سینه پهلو را مشخص سازد؟
۲۷ـ آیا ضرورت دارد در هر بیماری ریوی، رادیوگرافی به عمل آید؟
۲۸ـ آیا آزمایش میکروسکوپی خلط بیمار ریوی ضروری می‌باشد؟
۲۹ـ آیا آزمایش خون جهت تشخیص بیماری ریه ضروری به نظر می‌رسد؟
۳۰ـ آیا همیشه بیماری‌های ریه عوارض باقی می‌گذارد؟
۳۱ـ آیا بیمار ریوی باید تا بهبود کامل به درمان ادامه دهد؟
۳۲ـ آیا برای درمان بیماری ریوی باید در بیمارستان بستری بود و یا می‌توان در منزل به درمان پرداخت؟
۳۳ـ چرا در بعضی افراد در ناحیهٔ سینه، درد وجود دارد؟
۳۴ـ اصول درمان بیماری‌های ریه چیست؟
۳۵ـ آیا ورزش تنفس در درمان بیماری‌های ریه مُؤثّر است؟
۳۶ـ آیا رساندن اکسیژن در درمان بیماری‌های ریه مُؤثّر است؟
۳۷ـ چگونه باید به درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها پرداخت؟
۳۸ـ آنتی‌بیوتیک‌ها چه نقشی در از بین بردن بیماری ریه دارند؟
۳۹ـ چه داروهایی می‌توانند به طور عمومی در درمان سینه پهلو مُؤثّر باشند؟
۴۰ـ چگونه می‌توان ذات‌الجنب را درمان کرد؟
۴۱ـ آیا سیگار و دخانیات برای بیماران ریوی مضر است؟
۴۲ـ آیا اطفال می‌توانند به اطاق بیمار ریوی بروند؟
۴۳ـ چگونه می‌توان دردهای بیمار مبتلا به سینه پهلو را تشخیص داد؟
۴۴ـ دوران بهبود بیماری ریوی چه مدت طول می‌کشد؟

۴۵ـ چه عوارضی معمولاً در بیماری‌های ریوی باقی می‌ماند؟
۴۶ـ آیا می‌توان با آزمایش خون مسیر بیماری و سیر بهبود آن را مشخص کرد؟
۴۷ـ اصولاً به چه عارضه‌ای پنومونی یا سینه پهلو می‌گویند؟
۴۸ـ عامل ایجاد بیماری پنومونی یا سینه پهلو چه میکروب‌هایی هستند؟
۴۹ـ آیا بیماری سل هم جزء بیماری میکروبی ریه است؟
۵۰ـ آیا صحیح است که سه عامل میکروب، ویروس و قارچ در ایجاد بیماری‌های ریه دخالت دارند؟
۵۱ـ آیا غیر از سه عامل ذکر شده عوامل دیگر نیز در ایجاد بیماری‌های ریه دخالت دارند؟
۵۲ـ آیا انواع گازهای سمی در ایجاد التهاب و بیماری‌های ریه دخالت دارند؟
۵۳ـ آیا تصادف‌های خطرناک بیماری ریوی می‌آورند؟
۵۴ـ آیا التهابات آلرژیک در بیمار شدن ریه‌ها مؤثّر است؟
۵۵ـ چه عاملی در ایجاد بیماری‌های ریه بسیار مهم است؟
۵۶ـ سینه پهلوی ویروسی یا پنومونی ویرال چگونه است؟
۵۷ـ در چه مواقعی باید جهت درمان به طبیب مراجعه کرد؟
۵۸ـ آیا یک طبیب حاذق به سادگی می‌تواند پلورزی یا ذات‌الجنب را تشخیص دهد؟
۵۹ـ آیا در بیماری ذات‌الجنب آزمایش خون ضروری است؟
۶۰ـ آیا در ذات‌الجنب چرکی ممکن است تشخیص بیماری دیگری داده شود؟
۶۱ـ چگونه می‌توان ذات‌الجنب چرکی را تشخیص داد؟
۶۲ـ آیا بیمار مبتلا به پلورزی باید استراحت کامل نموده، حرکت نکند؟
۶۳ـ غذای بیمار مبتلا به پلورزی چه باید باشد؟
۶۴ـ بیماری پنومونی یا ذات‌الریه چیست؟
۶۵ـ عامل بیماری ذات‌الریه چیست؟
۶۶ـ آیا تشخیص بیماری ذات‌الریه به آسانی ممکن است؟
۶۷ـ علائم بیماری ذات‌الریه چه می‌باشد؟

۶۸ـ در چه سنینی بیشتر شخص مبتلا به ذات‌الریه می‌شود؟
۶۹ـ چگونگی رژیم و استراحت بیمار مبتلا به پنومونی چیست؟
۷۰ـ آیا درمان بیماری پنومونی امروز به خوبی میسّر است؟

و اینک بیماری پنومونی

پنومونی که آن را به فارسی ذات‌الریه و سینه پهلو می‌گویند، یکی از فراوان‌ترین عفونت‌های حاد ریه است که با سه مورد زیر مشخص می‌گردد:

- از لحاظ سبب‌شناسی، میکروب پنوموکوک، علت بیماری است.
- از لحاظ آسیب‌شناسی، ضایعات آلوئولیت فیبرینی لکوسیتی که به طور یکنواخت تمام یا قسمت مهمی از لوب ریه‌ها را فرا می‌گیرد.
- از لحاظ بالینی، یک تابلو مشخص با آغاز سریع و تب افقی و علائم فیزیکی متراکم ریوی که در بحران مخصوصی خاتمه می‌یابد. اما این تابلو بالینی مشخص و مخصوص کمتر دیده می‌شود و اغلب پنومونی‌هایی که در عمل می‌بینیم، در حقیقت حد وسطی بین احتقان حاد ریه و برونکوپنومونی است.

اتیولوژی (سبب‌شناسی)

عامل اصلی پنومونی پنوموکوک است. پنوموکوک میکروبی است به شکل شعلهٔ شمع با یک کپسول محیطی. محل ورود پنوموکوک مخاط بینی و گلو است. از آنجا میکروب داخل خون می‌شود و پس از چندی آلوئول‌های ریه را فرا می‌گیرد. بدین ترتیب همیشه قبل از مرحلهٔ ریوی مرحلهٔ سپتی‌سمی (سمیت خون) وجود دارد. ولی این موضوع مورد قبول همگان نیست و بعضی ایراد کرده‌اند که مرحلهٔ سپتی‌سمی را در تمام موارد نمی‌توان یافت و می‌گویند که پنوموکوک از راه برونش‌ها به آلوئول‌های ریه می‌رسد.

موضوع مُسری بودن پنومونی کاملاً روشن نیست. گفتیم که لااقل بسیاری از انواع پنوموکوک به طور عادی در مخاط بینی و گلو زیست می‌کنند.

آیا پنومونی نتیجه حدّت یافتن همین میکروب‌هاست یا میکروبی که این بیماری را تولید می‌کند، میکروب موذی خاصی است که از بیمار به دیگران انتقال می‌یابد؟ همین قدر مسلم است که موارد مشخص و غیرقابل تردید سرایت پنومونی نسبتاً کمیاب است و

واگیرهای این بیماری کاملاً استثناست. علاوه بر پنوموکوک عوامل دیگری در ایجاد پنومونی مؤثر است:

اقلیم - پنومونی بیشتر در آب و هوای سرد و معتدل دیده می‌شود.

سرما - یکی از عوامل بسیار مهم پنومونی سرماست؛ ولی رابطهٔ سرماخوردگی و گریپ با پنومونی به خوبی روشن نیست. همین قدر می‌دانیم که بعضی از پنومونی‌ها با علائم سرماخوردگی و گریپ همراه‌اند. این پنومونی‌ها معمولاً دوران منظم پنومونی کلاسیک را طی نمی‌کنند و بیشتر از حد معمول طول می‌کشند. طرز پیشرفت آنها متغیر و بحران آنها غیرواضح است. این پنومونی‌ها را سینه‌پهلوی گریپی یا غیرعادی می‌گویند و پزشکان امریکایی آنها را مربوط به ویروس آنفلوآنزا می‌دانند و معتقدند که پنوموکوک یا میکروب‌های عادی دیگر در ایجاد آنها دخالتی ندارد. در هر صورت باید به این نکته توجه داشت که در همه‌گیری سال ۱۹۱۸، اشکال پنومونی عادی به ندرت دیده می‌شد و بیشتر عوارض ریوی گریپ از نوع احتقان و خیز حاد ریه و برونکوپنومونی بود.

سن - پنومونی در هر سنی دیده می‌شود. ولی در دورهٔ دوم کودکی و سال‌های جوانی فراوان‌تر است. در اشخاص بالغ سالم بیماری معمولاً به شکل کلاسیک خود در می‌آید. در خردسالان علائم عمومی شدیدتر ولی دورهٔ بیماری کوتاه‌تر است. در سالمندان، علائم خفیف و مبهم است. سیر بیماری متغیر و طولانی و پیش‌آگهی خصوصاً به سبب عوارض قلبی خطرناک است.

جنس - در خردسالان هر دو جنس به یک اندازه مبتلا می‌شوند ولیکن در اشخاص بالغ، مرد تقریباً دو مرتبه بیشتر از زن دچار می‌گردد.

نژاد - سیاه‌پوستان در مقابل پنومونی فوق‌العاده حساس‌اند.

زمینهٔ مزاجی - این مورد در بروز بیماری تأثیر زیاد دارد و باید همیشه در نظر داشت که علاوه بر تغییراتی که سن بیمار در علائم بالینی و طرز پیشرفت پنومونی وارد می‌آورد،

بیماری‌های ناتوان کننده مانند سیروز، دیابت، نفریت مزمن، الکلسیم و غیره نیز مشی این بیماری را به کلی تغییر داده، باعث وخامت آن می‌گردند.

تروماتیسم (ضربه) و عمل‌های جراحی و خستگی‌های جسمی نیز در ایجاد یا شدت یافتن پنومونی مُؤثر است.

مصونیت - پنومونی مصونیت نمی‌دهد و بازگشت و تکرار بیماری نسبتاً فراوان است. ولی حمله‌های بعدی معمولاً خفیف‌ترند.

اسیب‌شناسی

حجم و وزن ریه افزوده شده است و کانون پنومونی مانند تودهٔ متراکمی به نظر می‌رسد. این تراکم معمولاً در لوب تحتانی ریه و بیشتر در ریهٔ راست است و خیلی کمتر در لوب وسطی یالوب فوقانی دیده می‌شود. در کودکان پنومونی لوب فوقانی فراوان‌تر است و پنومونی هر دو ریه گاهی دیده می‌شود. ضایعات پنومونی تمام یا قسمت مهمی از لوب ریه را اشغال می‌کند و گاهی نیز از حدود لوب یعنی از سیسور تجاوز کرده، قسمتی از لوب مجاور را می‌گیرد.

دمل ریه - گاهی چرک در حفره‌های محدود تشکیل می‌شود و بدین ترتیب یک یا چنددمل ریه به وجود می‌آید. ولی این عارضه در مورد پنومونی پنوموکوکی که فعلاً مورد بحث ماست، کمتر پیش می‌آید.

علائم بالینی

پنومونی اشکال بالینی گوناگون دارد. ما ابتدا مشخص‌ترین این اشکال یعنی پنومونی اشخاص جوان را شرح می‌دهیم.

دورهٔ آغاز - پس از یک دورهٔ نهفتگی که حدس می‌زنند از ۳ تا ۳۶ روز باشد، پنومونی به نحو سریع و ناگهانی، بدون هیچ سابقه و مقدمه، در عین سلامتی بروز می‌کند.

لرز اولین علامت بیماری است و به‌طور ممتد از یک ربع ساعت تا سه ساعت طول می‌کشد. گاهی از اوقات لرز خفیف‌تر است ولی چندین ساعت تکرار می‌شود.

تب به سرعت بالا می‌رود و به ۳۹ یا ۴۰ درجه می‌رسد و گاهی از آن هم تجاوز می‌کند. نبض خیلی سریع ولی منظم و متناسب با درجهٔ حرارت است.

سردرد و بی‌اشتهایی و گاهی استفراغ از همان ساعات اول عارض می‌گردد.

بیمار عطش مفرط احساس می‌کند. پوست بدنش سوزان و خشک و چهره‌اش برافروخته است و غالباً برافروختگی فقط در یکی از گونه‌هاست.

به زودی پهلو درد عارض می‌گردد و توجه پزشک را جلب می‌کند. دردی است بسیار شدید که معمولاً در ناحیهٔ پستان یا کمی پایین‌تر و حتی گاهی در شکم حس می‌شود و هنگام سرفه و تنفس عمیق شدت می‌یابد و ممکن است خواب و راحت را از بیمار سلب نماید.

تنگی نفس از همان ابتدا وجود دارد. حرکات تنفسی کوتاه و سطحی و بسیار سریع، در حدود ۴۰ یا ۵۰ در دقیقه است ولیکن عمل تنفسی دشوار نیست.

علائم عملی

پهلو درد تدریجاً آرام می‌گیرد و تنگی نفس تا پایان بیماری ادامه دارد. سرفه از روز دوم یا سوم به بعد اندکی خلط می‌آورد.

خلط پنومونی یکی از مشخصات بزرگ بیماری است. خلطی است آجری رنگ دارای حباب‌های بسیار کوچک هوا، خیلی غلیظ و چسبنده که به جدار ظرف می‌چسبد و به زحمت از آن کنده می‌شود.

آزمایش شیمیایی نشان می‌دهد که این خلط از موسین و آلومین ترکیب شده است. در زیر میکروسکوپ، رشته‌های بسیار باریکی دیده می‌شود که شبکه‌هایی تشکیل می‌دهد. در خلال این شبکه‌ها، گلبول‌های قرمز، پلی‌نوکلئرها و سلول‌های ریوی و پنوموکوک فراوان وجود دارد.

پزشکان کلاسیک خیال می‌کردند که این رشته‌ها از فیبرین ساخته شده‌اند، ولی امروز به ثبوت رسیده است که در خلط پنومونی فیبرین فقط به مقدار بسیار کمی موجود است. علائم فیزیکی در مشاهده، نشان می‌دهد که قطر سینه اندکی افزوده شده و

انبساط حرکات تنفسی نقصان یافته است. در لمس، تمام قسمتی که مربوط به پنومونی است یعنی معمولاً در قاعده و گاهی در قسمت وسط ریه یا در زیر بغل، ارتعاشات صوتی افزوده است.

در دق، تمام ناحیهٔ متراکم به کلی کر شده است. گاهی در زیر ترقوه یک ناحیهٔ اسکودیسم وجود دارد. این علامت بیشتر در کودکان دیده می‌شود.

در سمع، علائم بزرگ پنومونی شنیده می‌شود. این علائم عبارت‌اند از:

۱ـ از بین رفتن صدای تنفس

در تمام ناحیهٔ ماتیته صدای عادی تنفسی به کلی از بین رفته است. در قسمت‌های دیگر ریه صدای تنفسی ممکن است اندکی واضح‌تر و روشن‌تر از معمول باشد.

۲ـ رال‌های کرپیتال

این رال‌ها از حباب‌های بسیار کوچک و خشک و متساوی تشکیل شده‌اند و معمولاً در هر دو زمان تنفس مخصوصاً در نیمهٔ دوم شنیده می‌شوند. پزشکان کلاسیک آنها را به صدای نمکی که به آتش بپاشند یا به صدای چند تار مو که در پشت گوش میان دو انگشت به هم بسایند تشبیه کرده‌اند.

آزمایش پرتوشناسی

آزمایش پرتو شناسی در تشخیص پنومونی به خصوص در نزد کودکان اهمیت زیاد دارد.

در کودکان تصویر کانون پنومونی به شکل مثلثی است که رأسش در ناف ریه و قاعده‌اش به طرف خارج است. حدود این تصویر نسبتاً مشخص و سایهٔ آن یکنواخت و متجانس است. در اشخاص بالغ تصویر مثلثی شکل پنومونی کودکان کمتر دیده می‌شود.

آزمایش پرتوشناسی در پنومونی چند فایده دارد:

الف ـ دربارهٔ موارد مشکوک ماهیت حقیقی کانون را آشکار می‌سازد. مثلاً به وسیلهٔ آزمایش پرتوشناسی می‌فهمیم که این کانونی که در ریه هست از نوع پنومونی است، نه از نوع احتقان ریه و طحالی‌شدن بافت ریه و برونکوپنومونی و غیره.

ب ـ محل صحیح کانون را نشان می‌دهد.
ج ـ در بعضی از اشکال مختلف بیماری وجود کانون را نمایان می‌دارد.
د ـ به مدد پرتوشناسی طرز پیشرفت ضایعات را می‌توان مورد بررسی قرار داد.
هـ ـ در مواردی که پنومونی طولانی می‌شود یعنی دورهٔ آن از ده روز تجاوز می‌کند و بحران رخ نمی‌دهد، می‌توان به منظور تجسس عوارض ریوی و جنبی مانند هپاتیزاسیون (جگروارگی) خاکستری و دمل ریه و پلورزی چرکی و غیره از آزمایش پرتوشناسی کمک خواست.
و ـ در تشخیص افتراقی اشکال طولانی پنومونی با سل ریه، آزمایش پرتوشناسی یکی از بهترین وسایل است.

آزمایش خون

آزمایش خون تغییرات مهمی را نشان می‌دهد:
۱ـ مقدار فیبرین سرم خیلی زیاد شده است و خون به سرعت منعقد می‌شود.
۲ـ مقدار پروتئین‌های خون اندکی نقصان یافته و نسبت سِرین (نوعی اسید آمینه) به گلوبولین به هم خورده است.
۳ـ تعداد گلبول‌های قرمز کم شده به چهار یا سه میلیون و نیم در میلی‌متر مکعب تنزل کرده است.
۴ـ تعداد گلبول‌های سفید در حدود پانزده یا بیست و پنج هزار و نسبت پلی‌نوکلئرها در حدود ۸۰ درصد است و این هیپرلوکوسیتوز (افزایش گلبول‌های سفید) توأم با پلی‌نوکلئوز یکی از مشخصات بزرگ پنومونی است و تا پایان دورهٔ استقرار باقی می‌ماند.
۵ـ کشت خون گاهی در ابتدای پنومونی مثبت است.

آزمایش ادرار

ادرار کم و غلیظ و پُر رنگ است و غالباً کمی آلبومین و اوروبیلین دارد. مقدار کلرورها نقصان یافته و سمیّت ادرار کمتر از میزان طبیعی است.

سیر بیماری

سیر پنومونی بسیار منظم است و بیماری پس از آنکه ۷ تا ۹ روز ادامه داشت، در

بحران خاصی به پایان می‌رسد.

۱ـ مرحلهٔ قبل از بحران

در ۳۶ یا ۴۸ ساعت قبل از بحران علائم عمومی پنومونی شدت می‌یابد. تب بالاتر می‌رود و نبض سریع‌تر می‌شود. تنگی نفس شدّت می‌یابد و آثار اضطراب و هیجان و کبودی رنگ چهرهٔ بیمار نمایان می‌گردد. حجم ادرار می‌کاهد، تعداد گلبول‌های سفید خون بالاتر می‌رود و خون رقیق‌تر می‌شود. چنین به نظر می‌رسد که بیماری شدت یافته باشد.

۲ـ بحران

بعد در ظرف چند ساعت بیماری به نحو سریعی آرام می‌گیرد و بیمار بهبود و راحتی در خود احساس می‌کند. درجهٔ حرارت یک باره و گاهی تدریجی، به ۳۶ یا ۳۷ درجه کاهش می‌یابد، درجهٔ حرارت ظرف چند ساعت تا دو روز کم‌کم پایین می‌آید. نبض آرام و قوی و منظّم است.

نکتهٔ مهم آنکه این بحران تب با سه بحران دیگر همراه است.

یکی بحران عرق، که بیمار به مقدار فراوان عرق می‌کند.

دیگری بحران ادرار، در ظرف یکی دو روز، مقدار سه تا چهار لیتر ادرار روشن دفع می‌شود و اوره و اورات و نکروز و اجسام سمی فراوان با خود می‌آورد. در عین حال آلبومینوری از بین می‌رود.

سومین بحران خون که گلبول‌های سفید به رقم عادی باز می‌گردند و منونوکلئوز و ائوزینوفیلی خفیفی پدید می‌آید.

علائم عملی و فیزیکی به تدریج تغییر می‌یابند:

ـ اخلاط بیمار رقیق‌تر شده و رنگ آجری مشخص خود را از دست داده، منظرهٔ مخاطی چرکی عادی به خود می‌گیرد.

ـ سوفل توبر خفیف‌تر و محدودتر شده و کم‌کم از بین می‌رود. رال‌های سوکرپتیال نسبتاً بزرگ و مرطوب که در هر دو زمان تنفس به‌گوش می‌رسند، ظاهر می‌گردند. این رال‌ها را به غلط «مرپتیان‌های بازگشت» می‌نامند.

۳ـ بعد از بحران

بعد از بحران اگر هیچ عارضه‌ای رخ ندهد، بیمار ظرف چند روز نیروی خود را به دست می‌آورد، ولی تا مدتی همچنان لاغر می‌ماند.

گاهی دو یا سه روز بعد از بحران، تب باز می‌گردد و در حدود ۳۸ درجه نوسان می‌کند، بدون آنکه این بازگشت تب تأثیری در حال عمومی بیمار داشته باشد.

گاهی نیز بحران به تأخیر می‌افتد و به عوض روز هشتم یا نهم، در روز دوازدهم یا چهاردهم فرا می‌رسد.

در پاره‌ای موارد برعکس بیماری در روز چهارم یا پنجم بحران می‌کند و باید دانست که بسیاری از پزشکان پنوموپاتی‌هایی را که پیش از روز پنجم خاتمه می‌یابند، جزء پنومونی محسوب نمی‌دارند.

تکرار شدن بیماری بلافاصله بعد از بحران یا در دوران نقاهت خیلی به ندرت اتفاق می‌افتد و آن هم معمولاً در پنومونی‌های قله دیده می‌شود. ولی بازگشت بیماری بعد از مدت‌ها فاصله فراوان است و بیمار ممکن است در مدت حیات خود چندین بار به پنومونی مبتلا گردد.

اشکال بالینی

پنومونی برحسب زمینهٔ مزاجی و سن بیمار و مقاومت بدن و اجتماع بیماری‌های دیگر، اشکال گوناگون به خود می‌گیرد.

۲ـ عوارض دیگر

پزشکان کلاسیک عوارضی دور دست و گوناگون را برای پنومونی ذکر کرده‌اند؛ از قبیل:

میوکاردیت و نارسایی عمل قلب

آندوکاردیت

پریکاردیت

آرتریت و فله‌بیت

آنسفالیت
مننژیت
اوتیت چرکی و آماس چرکین چشم
پاروتیدیت
گاستریت
هپاتیت و یرقان
پریتونیت
نفریت
روماتیسم مفصلی و آرتریت چرکی

ولی امروزه بیشتر معتقدند که تمام این عوارض در حقیقت نتیجهٔ سپتی‌سمی و پنوموکوکی است که گاهی از اوقات در بیماران ناتوان دارای زمینه‌های مزاجی مستعد بروز می‌کند. در این موارد خود پنومونی نامشخص و غیرعادی است و کشت خون عموماً مثبت است.

تشخیص

تشخیص پنومونی در اشکال مشخص و عادی آن بسیار آسان است. ولی چون بیماری برحسب زمینهٔ مزاجی بیمار و نوع ضایعات و سیر تکاملی فرق می‌کند و اشکال گوناگون به خود می‌گیرد، ممکن است با سایر بیماری‌های حاد ریه اشتباه شود.

درمان

اصول درمانی پنومونی همان است که در مورد تمام بیماری‌های حاد ریه باید به کار بست:

۱ـ استراحت کامل در بستر.

۲ـ اطاق بیمار باید روشن، آفتاب‌رو، فضادار و نسبتاً گرم باشد. (حرارت در حدود ۱۷ یا ۱۸ درجهٔ سانتی‌گراد) معمولاً در اطاق بیمار یک ظرف آبِ در حال جوش که در آن مقداری برگ اوکالیپتوس یا بخور دیگر ریخته‌اند، می‌گذارند.

۳ـ رژیم ساده که عبارت از شیر و فرنی و آب میوه و آب کمپوت و مایعات فراوان به

خصوص جوشانده‌های گرم و مانند اینهاست.

۴ـ نظافت دهان و دندان و ضدعفونی بینی.

۵ـ تخلیهٔ روده‌ها به وسیلهٔ مسهل یا داروهای ملین و تنقیه.

۶ـ درمان‌های خارجی مانند بادکش و آنتی فلوژستین و در صورتی که تب خیلی بالا باشد، قرار دادن حولهٔ مرطوب ۲۵ تا ۳۰ درجه در روی سینه، حولهٔ مرطوب را می‌توان در صورت لزوم هر سه ساعت تجویز نمود.

۷ـ به کار بردن آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای کورتون‌دار، امروز دوران بیماری را بسیار کوتاه و خطرات آن را رفع نموده است و خوشبختانه بیمار مبتلا به ذات‌الریه به خوبی توسط پزشک کاردان درمان می‌گردد.

روان‌شناسی (شناسایی روان)

پی بردن به رازهای درون آدمی، چاره گشا و درمان کنندهٔ بسیاری از عوارض و رنج‌هایی است که افراد زیادی به خصوص جوانان بدان دچارند.

بیماری‌ها یا رنج‌هایی از قبیل:

ترس، تنبلی، تردید، کم‌رویی و خجالتی بودن، یأس، تندخویی، ضعف اراده، بخل و حسادت یا کینه‌توزی و خفت‌های پی در پی، که در وجود بسیاری از افراد دیده می‌شود، با شناسایی احساسات و حالات درونی چاره‌پذیر بوده و می‌باشد.

در این مقال، به بعضی اختصاصات روحی که سرچشمهٔ بسیاری از عوارض است اشاره می‌نماییم.

مرض است یا بدی؟

امروز دیگر این مطلب، از لحاظ علمی و فلسفی ثابت و مسلم شده است و جای کمترین تردیدی در آن باقی نیست که «آدم بد وجود ندارد، فقط آدم مریض وجود دارد». اهمیت درک این مطلب به قدری است که بدون مبالغه می‌شود گفت در دنیا از اول خلقت بشر تاکنون هیچ کشفی به اندازهٔ این موضوع در سعادت بشر مؤثّر نبوده و نخواهد بود. یعنی روزی که مردم این حقیقت را واقعاً درک کنند و اساس سازمان جامعه و دستگاه‌های گردانندهٔ آن بر روی این حقیقت مسلم استوار شود، قسمت اعظم رنج‌ها، بدبختی‌ها، دشمنی‌ها و کشمکش‌ها و مجازات‌ها تعدیل خواهد شد. چرا؟ برای اینکه وقتی بر همه معلوم شود که مثلاً خست، حسادت، تنبلی، ترس، حیله گری، اجحاف، یأس، کم‌رویی، تلّون خُلق، بی‌انصافی، عیب‌جویی، بی‌وفایی و صدها عیب دیگر از این قبیل، نتایج منطقی «آزارهای روحی» است و عیناً مثل زکام و گلو درد و سوء هاضمه و غیره قابل علاج است، آن روز دو نتیجهٔ قطعی و مهم و مفید حاصل خواهد شد. یکی

اینکه خود این اشخاص «مریض» که امروزه آنها را «بد» می‌خوانند، آن وقت با کمال امیدواری به معالجه خواهند پرداخت و به نسبت کوششی که در این راه می‌کنند، آدم‌های سالم و خوبی می‌شوند. دوم اینکه مردم به این اشخاص به دیده «بد» و یا حالت بغض و عناد نگاه نمی‌کنند، بلکه به چشم «مریض» قابل ترحمی خواهند نگریست و لازم به گفتن نیست که تفاوت این دو نظر و نتایج آن از زمین تا آسمان است. امروز شما نسبت به آدم خسیس و حسود و عیب‌جو (که آدم بدی محسوبش می‌دارید) با نفرت و عناد می‌نگرید، ولی اگر او را آدمی مریض و مجبور دیدید (مثلاً مثل مریض مسلول) در آن صورت با رقت و ترحم به او نظر خواهید کرد. یعنی عناد که موجب تمام خشونت‌ها و زشتی‌های اخلاق است، جای خود را در اغلب موارد به دلسوزی و رحم که باعث عطوفت و مهربانی است خواهد داد.

هم اکنون در غالب مدارس کشورهای مترقی، و حتی در زندان‌ها، همین اصول حکمفرماست و همین رویه را کم‌کم به کار می‌برند و نتایج بسیار مفیدی از آن می‌گیرند. امروز دیگر، مدرسین تعلیم و تربیت می‌دانند که وقتی بچه‌ای مثلاً تندخو یا بازیگوش یا تنبل است، نباید بی‌جهت او را مجازات کرد و به چشم بچهٔ «بد» و منفور به او نگریست. بلکه، با اصول روانکاوی باید دید این امراض از چه ناشی شده و با تشخیص علل آن به درمان پرداخت. یعنی عیناً همان طور که وقتی یک بچه سرخک یاگریپ گرفت، او را پس از تشخیص مرض علاج می‌کنند، غالب نواقص اخلاقی را هم که معلوم شده است مرض قابل علاجی بیش نیست، عیناً مثل امراض جسمی درمان می‌کنند. منتها چون این علم نسبتاً جدید است، هنوز در تمام دنیا مقبولیت عامه پیدا نکرده و رموز آن بر همه روشن نشده و البته وظیفهٔ نویسندگان بشر دوست است که این حقایق فوق‌العاده مفید را هر چه بیشتر منتشر سازند تا تمام جوامع دنیا از آن بهره‌مند شوند.

علت دیگری که موجب مقاومت و مخالفت مردم در استقبال از این علم سعادت بخش شده و از سرعت توسعهٔ آن در اوایل امر کاسته، این است که دکتر «فروید» (بانی روانکاوی)، با وجود نبوغ غیر قابل انکارش، اشتباهات و تاریکی‌های عمیقی در تئوری‌های اولیهٔ خود داشته که بعضی از آنها تقابل و تنش شدیدی در مواجهه با

معتقدات و تعصبات اخلاقی عامه ایجاد کرده است. یکی از مهمترین دستآویزهای شعله‌ور شدن خشم عامه، موضوع تئوری «غرائز جنسی» اوست که به علت صراحت و مبالغه‌آمیز بودن بیانش، حتی استادان دانشگاه هم عصر او را منقلب و متغیر کرده، تا به حدی که کرسی استادی را از او گرفتند و مقالات و رسالات شکنندهٔ بسیاری بر علیه این دانشمند عالی‌قدر منتشر کردند و ذهن متعصب مردم را به شدت برعلیه روانکاوی فروید برانگیختند. به طوری که هنوز هم با وجود پیشرفت‌های سریعی که این علم در ظرف بیست سال گذشته نشان داده، باز بسیاری از مردم بی‌بصیرت تحت تأثیر آن اعتراضات باقی مانده و مقاومت و مخالفت شدیدی ابراز می‌دارند. حال آنکه امروز دیده می‌شود در هیچ رشته‌ای از فعالیت‌های اجتماعی نیست که روان‌شناسی و به خصوص روانکاوی فواید غیرقابل انکار خود را اثبات و آشکار نکرده باشد. در مدارس، در ارتش، در تجارت و سیاست، در کارخانجات، در ورزش و خانواده و به طور کلی در هر قسمتی که از این علم استفاده کرده‌اند، فواید فراوانی عاید بشر شده است. به قول یکی از دانشمندان که نامش را فراموش کرده‌ام، امروز روان‌شناسی هم عیناً مثل برق و تلفن و اتومبیل مورد احتیاج و استفادهٔ تمام مردم است، در همهٔ کارها و در همهٔ موارد...

چند توضیح اساسی و لازم

اکثریت مردم آزار دارند.

چند نکتهٔ مهم هست که در ابتدا باید بین من و شما کاملاً روشن شود و در مفهوم آنها توافق پیدا کنیم تا تفهیم عرایض بعدی هم سهل شود. اول باید دانست که تأثیر تمدن کنونی دنیا طوری است که بیش از نود درصد مردم کم و بیش، مبتلا به «آزار»های عصبی علنی یا مخفی هستند، حتی آنهایی که به نظر کاملاً آرام، سالم، بی‌آزار و با اراده جلوه می‌کنند، غالباً در باطن گرفتاری‌های روحی شدیدی دارند که فقط علائم بی‌آزار کوچک و ناچیزی از آنها ظاهر می‌شود؛ مثلاً، یکی از سگ بدش می‌آید. دیگری از جای شلوغ وحشت دارد. دختری از تنهایی به اضطراب می‌افتد. پسری خود را مجبوراً مجذوب مشروب می‌بیند، یا مجنون‌وار به دنبال لیلی‌های بی‌حساب می‌دود و هرگز سیر نمی‌شود. یکی دیگر نسبت به سیگار بی‌اختیار است. رئیس اداره‌ای از کمترین انتقاد یا

مباحثه از جا در می‌رود. عضو زیر دستی بدون اینکه خودش بفهمد، فحش و ملامت و تحقیر برای خود می‌خرد. ناطقی در حین نطق همیشه مطالب اساسی موضوع را از خاطر می‌برد، یا زبانش به لُکنت می‌افتد. شوهری برخلاف نیّت و میل خودش با زن یا فرزندش خشونت می‌کند و بعد پشیمان می‌شود. مردی هر روز کارش را به فردا می‌اندازد و همیشه تا آخرین دقیقهٔ فرصت صبر می‌کند یا همیشه دیر به وعده‌گاه می‌رود. شخصی از تلفن کردن نفرت دارد. دیگری از تاریکی هراسان است یا به عکس از روشنایی زیاد احساس تشویش می‌کند. خانمی نسبت به یک دوست یا به مستخدم مخصوصی بغض خارج از حد پیدا می‌کند و خود نیز دلیلش را نمی‌داند و هزارها علائم کوچک دیگر که در نظر خود این اشخاص و مردم دیگر بسیار عادی و بی‌اهمیت می‌آید و حال آنکه ممکن است این علائم مثل جوش کوچکی که در صورت و لب ظاهر می‌شود، گاهی علامت مرض بسیار خطرناکی مثل سیفیلیس و شانکر باشد. یا از آن هم بدتر اینکه عیناً مثل سیفیلیس، عصبیّت هم ممکن است گاهی ابداً علائم ظاهری نداشته و مزمن شده باشد.

خلاصه آنچه مسلم است و تمام روان‌شناسان در آن متفق‌اند این است که بیش از نود درصد مردم مبتلا به آزارهای کوچک یا بزرگ روحی هستند. منتها چون این آزارها علناً مزاحمت زیاد ندارند، به نظر عادی می‌آیند و به همین جهت توجهی به آنها نمی‌شود. مگر موقعی که حادثه و اتفاق غیرعادی، موازنهٔ مصنوعی روحشان را بر هم بزند و یک مرتبه کارهایی به کلی غیرمنتظره از آنها ظاهر شود. آن وقت است که همه با تعجب می‌گویند هرگز از یک چنین شخص مؤدب و ملایم و مهربانی انتظار نمی‌رفت که مثلاً سوء قصد به جان دیگری یا خودش بکند یا زنش را به قصد کُشت بزند، یا برادر مظلوم و مهربانش را به زندان بیفکند، یا دزدی و تزویر کند... لازم به گفتن نیست که فقط روانکاوی می‌تواند قبل از ارتکاب این اعمال غیرمنتظره، «تمایلات امّاره» یعنی دیکتاتورهای درونی او را کشف کند و خطرات احتمالی را پیش‌بینی نماید، اینکه می‌گویم «تمایلات امّاره» برای این است که تمایلات عصبی واقعاً امّاره و دیکتاتور هستند و چنان اختیار را از شخص سلب می‌کنند که انسان بدون اراده، امر «تمایلات عصبی» خود را اطاعت و اجرا می‌کند. روشن‌ترین نمونهٔ این قبیل دیکتاتوری‌های درونی، خشم‌هایی

است که برخلاف مصلحت و میل شما یک مرتبه سر موضوع کم اهمیت ظاهر می‌شود و گاهی به فحّاشی و خشونت می‌انجامد. صد مرتبه تصمیم قطعی می‌گیرید که در آن قبیل موارد خشمگین و عصبانی نشوید، ولی باز یک مرتبه مثل اینکه قوهٔ مستبد جباری از درون شما بیرون آید، و اطوار و گفتار شما را به دلخواه خود می‌رقصاند و عقل شما را موقتاً مقهور می‌سازد تا خشم شدیدی، برخلاف میل و مصلحت شما ظاهر کند. دلایل این امر را بعداً ملاحظه خواهید فرمود. پس:

نکتهٔ *اوّل* که باید بین ما مفهوم شود این است که بیش از نود درصد مردم فعلی دنیا عصبیت‌های آشکار یا مخفی دارند که غالباً چشم مجرب روانشناس، علائم آنها را به خوبی می‌بینند ولی گاهی هم هیچ علامت ظاهری دیده نمی‌شود و مدتی روانکاوی باید کرد تا به وجود آن عصبیّت‌ها پی برد.

نکتهٔ دوم این است که تقریباً تمام «تمایلات عصبی» که می‌شود آنها را «آزارهای روحی» نیز نامید، امرضی هستند قابل علاج. پس اگر مردی را دیدید که خسیس است یا عیب‌جو و ایرادگیر و منفی‌باف، یا خارج از حد جاه‌طلبی و قدرت جویی دارد، یا عطش سیر نشدنی نسبت به زن‌های متعدد نشان می‌دهد یا مبتلا به انحراف جنسی گردیده است، یا تحمل کوچک‌ترین انتقادی را ندارد یا گوشه‌گیر و از مردم فراری است یا بی‌شهامت و ترسو است و غیره و غیره، بدانید که هیچ‌یک از این صفات غریزی یا ارثی نیست و تمام اینها را می‌شود مثل امراض جسمی علاج کرد.

نکتهٔ سوم این است که اگر پزشک روانکاو در دسترس نباشد (چنانکه متأسفانه در ایران کم است) می‌شود، به وسیلهٔ خودشناسی، (علی‌رغم اعتقاد بعضی از روان‌شناسان)، پیش خود به علاج پرداخت.

نکتهٔ چهارم اینکه تنها خواندن اصول روانکاوی و فهمیدن آن برای علاج آزارهای روحی کافی نیست، چنانکه خواندن کتاب ورزش انسان را پهلوان نمی‌کند و فقط مطالعهٔ کتاب طب، مریض مسلولی را علاج نمی‌نماید؛ مگر اینکه با حوصله و دقت به انجام

دستورات آن بپردازد. منتها در این مورد باید برای روانکاوی مزیّتی را نسبت به خواندن کتاب طب، قائل شد و آن این است که مطالعهٔ اصول این علم خود به خود شما را تا اندازهٔ کمی به اعماق تاریک وجود خودتان راهنمایی می‌کند و در مطالعهٔ هر یک از اصول «روان‌پیمایی» قهراً قدری قوی‌تر می‌گردید و قوهٔ مقاومتتان در مقابل تحکّمات و خرده فرمایشات «تمایلات عصبی» و نفس امّاره قدری زیادتر می‌شود، از یأستان کاسته و بر اعتماد به نفستان افزوده می‌گردد، ولو اینکه این مقدار خیلی جزئی باشد.

نکتهٔ پنجم که باید خوب روشن شود این است که برخلاف آنچه مخالفان دکتر فروید گفته و نوشته‌اند، روانکاوی به هیچ‌وجه بی‌عفتی و سهل‌انگاری را در امور جنسی تشویق نمی‌کند. (گرچه تعصبات خشک را زائل می‌سازد) بلکه به عکس با شناساندن علل هرزگی و انحرافات جنسی و ثبوت ناسالم بودن این تمایلات مبالغه‌آمیز نفس اماره، قیافهٔ درخشندهٔ «عشق حقیقی» را، از صدها «عشق بدلی» متمایز می‌کند و به همه می‌فهماند که چگونه انواع شهوات عصبی به ظاهر ماسک «عشق حقیقی» به صورت می‌زنند تا خود شخص و دیگران را بفریبند.

تمایلات عصبی یا به عبارت دیگر شهوات ناسالم، عیناً مثل شیادی که لباس اهل صلاح را در بر کند، در اکثر اوقات به صورت محبت صادقانه و عشق واقعی نمود می‌کند که این عمل بیشتر برای فریب خود انسان است تا دیگران. یعنی عاشق بدلی بدون اینکه خودش ملتفت باشد، تقریباً تمام عوامل شوریدگی خود را علائم عشق حقیقی دانسته و غالباً خود شخص از روی کمال صداقت تصور می‌کند که عشقش واقعی است و حال آنکه حادثهٔ کوچکی عشق سوزانش را در لحظه‌ای مبدل به سردی یا خصومت می‌سازد و آن وقت خودش از تلون احساساتش متعجب می‌شود؛ یا تقصیر را به گردن طرف می‌گذارد، یا قلب خود را بی‌لیاقت می‌خواند و فقط روانکاوی است که تمام این ماسک‌های فریبنده را برمی‌دارد و چهرهٔ حقیقی شهوات و تمایلات عصبی را نشان می‌دهد و حس راستی و صداقت را که خلاف تزویر و حیله‌گری است در انسان تقویت می‌کند. بنابراین روانکاوی نه تنها هرج و مرج در غرائز جنسی را تشویق نمی‌نماید، بلکه به عکس صفا و صداقت را در عشق و کار و دوستی توصیه می‌کند و همیشه می‌گوید علامت سلامتی روح قوی و آزاد

در این است که انسان آن قدر مستقل شود که بتواند نه خودش را فریب بدهد نه دیگران را. پس از مدت زیادی روانکاوی و خودشناسی تازه خواهیم فهمید که فریب نخوردن از خود، هزار مرتبه مشکل‌تر از فریب‌ندادن دیگران است.

عناد به خود

یکی از جالب‌ترین و عجیب‌ترین قسمت‌های روانکاوی، موضوع «عناد به خود» است که تمام مکتب‌های مختلف این علم به اهمیت فوق‌العادهٔ آن توجه کرده‌اند. منتها عللی که اساتید بزرگ برای آن ذکر می‌کنند یکسان نیست. خود فروید در یک قسمت آن را نتیجهٔ تنبیهات شقاوت‌آمیز «سوپرایگو» می‌خواند و در قسمت دیگر نتیجهٔ مستقیم «غریزهٔ مرگ» می‌شمارد.

دکتر «محمود صناعی»، روانکاو، با تئوری غریزهٔ مرگ موافق است و برای اثبات آن، کتاب عالمانه‌ای راکه استادش پروفسور «فلوگل» به نام «غریزهٔ مرگ» نوشته، از لندن برایم فرستاد. وقتی من در ۱۳۳۴ به لندن رفتم، خواستم خدمت پروفسور فلوگل برسم و ملاحظاتم دربارهٔ غریزهٔ مرگ را به عرضش برسانم، ولی متأسفانه پیش از اینکه بتوانم موضوع را با او در میان بگذارم، خود این دانشمند در بستر مرگ افتاد و توفیق ارادت نیافتم. به هر حال بدون طول و تفصیل باید عرض کنم که من به وجود غریزهٔ مرگ اعتقاد ندارم. بلکه عقاید استادانی نظیر «اتوفنیچل» و «هورنای» و پیروان آنها را بیشتر به حقیقت نزدیک می‌بینم و تجربیات و مطالعات این بیست و پنج سالهٔ اخیر خودم هم با تعقیب تئوری اینها سازگارتر بوده است. به این جهت بدون اینکه وقت شما را با بحث در تئوری‌های مختلف صرف کنم، آنچه خود از تعالیم این افراد آموخته و به تجربه رسانیده و نتیجه گرفته‌ام، با رعایت حداکثر اختصار برای هموطنان عزیزم بیان می‌کنم و به خصوص تذکر می‌دهم که اگر جویای روانکاوی و خودشناسی هستید، در مطالب این فصل خیلی دقت فرمایید. چون با فهم صحیح آن، اسرار زیادی از روحیهٔ خودتان و دیگران برایتان فاش خواهد شد.

در بادی امر به نظر خیلی عجیب می‌آید که کسی با خودش عناد داشته باشد. آیا عجیب نیست که شما عمداً خودتان را آزار بدهید، شکنجه کنید و با کمال جدیّت در

تخریب منافع خود بکوشید و به سلامتی خود لطمه بزنید؟ برای پاسخ به این پرسش باید نکته‌ای را یادآور شویم و آن اینکه در غالب مردم سه «خود» وجود دارد؛ یکی «خود ایده‌آلی» دیگر «خود فعلی» و سوم «خود اصلی». برای اینکه موضوع «عناد به خود» خوب روشن شود باید راجع به هر یک از این سه «خود» توضیح بیشتری بدهیم:

«خود ایده‌آلی» عبارت از یک شخصیت عالی و برجسته‌ای است که انسان برای آن صفات نیکو و پسندیده قائل است و شخصیت خود را کاملاً مشابه آن می‌بیند. مثلاً اگر دوستی صمیمی از من بپرسد تو چطور آدمی هستی؟ من فوراً آن آدم عالی‌مقام را ـ که خیال می‌کنم در من هست ـ در نظر می‌آورم و در جوابش (اگر به قول دکتر «صاحب‌الزمانی» خود کوچک‌بینی مانعم نشود) با کمال صداقت و اعتقاد می‌گویم که من آدمی هستم شجاع، با انصاف، مهربان، نوع‌دوست، خوش بیان، با سلیقه و غیره. در بیان این عقیده، من صفت خود ایده‌آلی، یعنی آن کسی را که آرزو دارم باشم ـ و تصور می‌کنم هستم ـ توصیف می‌کنم و حال آنکه در واقع ممکن است آدمی باشم ترسو، بی‌انصاف، نامهربان، بدخواه، الکن، بدلباس و بی‌سلیقه. آنچه تصور می‌کنم هستم «خود ایده‌آلی» است و آنچه واقعاً هستم که به کلی غیر از تصورات من است، «خود فعلی» است.

اما راجع به «خود اصلی» چون توضیح زیاد لازم دارد و در اینجا هم مورد بحث ما نیست، فقط همین قدر خوب است بدانیم که آن عبارت از وجود حقیقی انسان است. یعنی آن «ذات» اصلی که در افراد سالم و به اصطلاح «نرمال»، فرمانده حقیقی وجود انسان است و در عصبی‌ها گاهی تابع «خود ایده‌آلی» می‌شود و گاهی هم لباس «خود فعلی» می‌پوشد. ولی در حقیقت نه این است و نه آن. به طور خلاصه در تعریف این سه «خود» می‌شود گفت:

ـ خود ایده‌آلی آن وجودی است که انسان آرزو دارد باشد و تصور می‌کند هست.

ـ خود فعلی آن وجودی است که در نتیجهٔ تأثیرات محیط و تربیت اولیه ساخته شده و فعلاً هست.

ـ خود اصلی آن ذات حقیقی و اصلی است که نه این است و نه آن و با هر دوی اینها دائم در کشمکش است.

مطلب مهمی که سر رشتهٔ فهم «عناد به خود» را به دست می‌دهد، در همین جاست؛ یعنی، نکته این است که بدانیم بین صفات «خود ایده‌آلی» و صفات «خود فعلی» تفاوت از زمین تا آسمان است؛ من خود را شجاع می‌دانم، در صورتی که خیلی ترسو هستم. شما خود را خوش‌خو و نیک رفتار می‌دانید، در صورتی که خیلی تندخو و خشن هستید. برادر شما خود را درستکار و امین می‌داند و حال آنکه بدون اینکه خودش آگاه باشد، مردی متقلّب و نادرست است.

خوب، درست فکر کنید، اگر مثلاً شما مرد مجتهد متشخّص و روحانی عالی‌مقام و محبوبی باشید و بدانید که مردم به سبب اخلاق نیک و مقام اجتهادی که دارید به شما احترام می‌گذارند و اگر اتفاقاً یک برادر هرزه و کلاه‌بردار داشته باشید که در هر مجلسی یک مرتبه بی اجازه وارد شود و خودش را به شما بچسباند و با حرکات زشت خود آبروی شما را بریزد، چه احساسی نسبت به او پیدا می‌کنید؟ البته شما نسبت به آبروریزی آن برادر ناشایسته که رفتارش فرسنگ‌ها دور از مقام و شأن شماست، به شدت خشمگین می‌شوید، او را حقیر می‌شمارید، میل دارید از خودتان دورش سازید و از شرّش خلاص شوید. ولی متأسفانه او در سفر و حضر با شماست و دقیقه‌ای از شما دور نمی‌شود. به همین جهت طبیعتاً نسبت به او عناد شدید پیدا می‌کنید و ناگزیر عنادتان نسبت به این مزاحم خفت‌آور روز به روز زیادتر می‌شود...

حالتی که «خود ایده‌آلی» شما نسبت به «خود فعلی» دارد، عیناً حالتی است که برادر خوش نام روحانی نسبت به برادر هرزهٔ کلاش و کلاه‌بردار خود احساس می‌کند. حتی می‌شود گفت که این حالت عناد که ما آن را «عناد به خود» نام نهاده‌ایم، خیلی از عناد آن برادر خوش نام نسبت به برادر هرزه‌اش شدیدتر است. زیرا برادر بد را می‌شود از خود راند و دور کرد یا تقصیرات او را به گردن نگرفت، در صورتی که خود فعلی را نمی‌شود از خود ایده‌آلی مجزّا ساخت و گفت که به من مربوط نیست. چون با او آمیخته است و در هر قدم وجود ناهنجار خود را محسوس می‌سازد و برخلاف شأن خود ایده‌آلی رفتار می‌کند و آبرویش را می‌ریزد.

یک نمونهٔ عادی مطلب را روشن‌تر می‌سازد؛ برای خود شما اتفاق افتاده است که با

کسی اختلاف داشته باشید و بخواهید آن را رفع کنید. قبل از ملاقات طرف و طرح اختلاف، با خود می‌گویید: «من نهایت خونسردی و ملایمت را در بحث با او رعایت خواهم کرد، ابداً عصبانی و خشمگین نخواهم شد و اختیار کلام از دستم به در نخواهد رفت. شایستهٔ من این است که کاملاً بر گفته‌هایم مسلّط باشم و با متانت مطلبم را بگویم تا نتیجه‌ای که می‌خواهم به دست آورم...» ولی به محض شروع صحبت، با اولین حرفی که حریف برخلاف میل و انتظار شما می‌گوید، غضبناک می‌شود و دیگر اختیار زبان از دستتان می‌رود و به اصطلاح هر چه از دهانتان درمی‌آید به او می‌گویید و کار را صد بار از آنچه بوده بدتر می‌کنید. البته بعد به شدت پشیمان می‌شوید و به خود لعنت می‌کنید که چرا نتوانستید خونسردی خود را حفظ کنید. (این را داشته باشید) ـ مثال دیگر؛ شخصی تصمیم می‌گیرد مشروب یا سیگار یا قمار را ترک کند. به خود می‌گوید برای یک شخص با اراده و مصمّمی مثل من ترک اینها بسیار آسان است. هر روزی که جداً تصمیم بگیرم، بدون زحمت می‌توانم ترک کنم. بالأخره یک روز تصمیم قطعی می‌گیرد که مثلاً سیگار نکشد، ولی یک ساعت بعد یک مرتبه ملتفت می‌شود سیگاری بین لبان اوست...

در این مثال‌هایی که ذکر شد و صدها مثال دیگر که خودتان می‌توانید به سهولت بیاورید، آن نیرویی که در باطن شخص تصوّر می‌کند هر وقت بخواهد می‌تواند سیگار و مشروب و قمار را ترک کند یا هر وقت اراده کند می‌تواند خونسردی خود را در مقابل حریف حفظ نماید، خود ایده‌آلی است. ولی خود فعلی غالباً مچش را باز می‌کند و این حقیقت تلخ و بسیار دردناک را با شدت بر سرش می‌کوبد تا بفهمد آنچه فعلاً هست فرسنگ‌ها از آن مرد با اراده‌ای که باید باشد و تصور می‌کند هست، دور است. حاصل این نزاع درونی که بین خود ایده‌آلی و خود فعلی در جریان است، همیشه همین شکنجهٔ دردناکی است که ما آن را «عناد به خود» می‌نامیم و روزی چندین بار، دانسته و ندانسته پنهان و آشکار دچار آن می‌گردیم: من باید اراده‌ام طوری قوی باشد که به محض تصمیم گرفتن بتوانم سیگار را ترک کنم. من باید طوری بر خود مسلط باشم (و هستم) که هیچ کس در مقابل بیان من تاب مقاومت نیاورد. من باید آن قدر خواستنی و جذاب باشم (و هستم) که هر کس را خواستم فوراً فریفتهٔ من شود. من باید آن قدر محترم و عالی‌مقام

باشم (و هستم) که مورد تکریم همه واقع شوم... و قس علی‌هذا. البته هر دفعه مورد و مستمسکی پیش آید که بر خود من معلوم گردد این وجودی که فعلاً هستم به هیچ وجه شایسته و شبیه آن وجود عالی‌قدری که کمال مطلوب و ایده‌آل من است، نیست؛ بدون شک با این وجودِ بی‌اراده، پست و ناخواستنی به شدت دشمن می‌شوم و روزی نیست که چندین بار این کشمکش دردناک در باطن هر یک از ما واقع نشود، منتها همان «قوهٔ توازن» به هزار و یک وسیله متوسل می‌شود تا نگذارد وجود ما در نتیجهٔ این جنگ باطنی متلاشی شود و حتی نگذارد ما اصلاً از وجود چنین جنگی آگاه شویم.

خوب، حالا که معلوم شد علت اصلی اینکه چرا و چطور انسان با خودش دشمن می‌شود و عناد می‌ورزد چیست، بپردازیم به مظاهر آن یا بهتر بگوییم، ببینیم به چه طریق این دشمنی اعمال می‌شود و چطور می‌شود آن را شناخت که این کاری است بسیار دقیق. زیرا «عناد به خود» هزار حیله به کار می‌برد تا خود را از چشم صاحب کار پوشیده نگه دارد. از این حیث باید گفت که «عناد به خود» عیناً مثل دزدان جانی مجبور است در تاریکی عمل کند، مجبور است نقاب به صورت بزند، ناچار است غالباً لباس عوضی بپوشد تا انسان او را نشناسد.

تریاق طبیعی عناد به خود

همان طور که غالب زهرها وقتی وارد بدن می‌شوند خون انسان خود به خود درصدد تهیهٔ تریاق (ضد سم) برمی‌آید، همان طور که مثلاً وقتی آبله می‌کوبند، مقدار کمی سم آبله وارد بدن می‌شود و خون، فوراً بدون اطلاع شما دوای ضد آن را به مقدار زیاد می‌سازد و به این وسیله وجود شما را در مقابل سموم خطرناک آبله مصونیت می‌دهد، وجود معنوی شما هم، در مقابل زهر «عناد به خود» که هر روز وارد روح می‌شود، در صدد دفاع بر می‌آید تا حتی‌المقدور شما را در مقابل شکنجهٔ شدید و خطرات آن محفوظ دارد. وسایل دفاعی مختلفی که «قوهٔ توازن» در اختیار وجود شما گذاشته متعدد است. ما به شرح مهمترین آنها به خصوص آنهایی که در ایران زیاد دیده می‌شود، می‌پردازیم.

برای مثال فرض کنیم خود شما آدم «مهرطلبی» هستید و امروز صبح با یکی از دوستان خود اختلاف سلیقه‌ای پیدا کرده‌اید که کم‌کم بحث به جدال و عصبانیت کشیده

و شما با کمال خشونت هر چه از دهانتان درآمده به او گفته‌اید و بعد با تعرض از او جدا شده‌اید.

عمداً مثال را سهل گرفتیم تا احتمال تجربهٔ آن برای همه زیاد باشد. خوب، بیایید همین قضیهٔ خیلی عادی را که روزی چند میلیون دفعه اتفاق می‌افتد، با در نظر گرفتن خصوصیات روحیهٔ شما که فرض می‌کنیم از تیپ مهرطلب هستید، بسنجیم.

خصوصیت تیپ مهرطلب را خوب می‌شناسیم و می‌دانیم که خود ایده‌آلی شما از هر چه خشونت و رنجاندن دیگران است، به شدت پرهیز دارد. می‌دانیم که شما خود را شخصی می‌شناسید با گذشت و متواضع. امروز از یک چنین شخصی به این خوبی که شما باشید حرکتی سر زده است که به کلی ضد اخلاق عالی شماست. هیچ یک از این حرکات با صفات خود ایده‌آلی شما، یعنی آن «خود» که آرزو دارید باشید و تصور می‌کنید حقیقتاً هستید، مطابقت ندارد. بنابراین، چند قدم که از دوست دشنام شنیدهٔ خود دور شدید، در درون خود احساس ناراحتی شدیدی می‌کنید. کم‌کم خود را سرزنش می‌نمایید، از کردهٔ خود پشیمان می‌شوید که چرا برای موضوعی به این کوچکی دوست قدیمی خود را رنجانده‌اید و با وجود اینکه شخص تربیت شده و با اخلاقی هستید، با رفیق قدیمی خود عیناً مثل یک گاری‌چی بی‌سواد مست رفتار کردید. البته پس از درک این مطلب، عناد به خود در شما بیدار و کم‌کم شدید می‌شود و با شلاّق شماتت و «تحقیر خود» به جان شما می‌افتد. شلاّق این دیکتاتور به قدری دردناک است و شما را به طوری ناراحت می‌کند که ناچارید راه فراری پیدا کنید تا از شکنجهٔ «تحقیر خود» رهایی یابید.

یکی از سهل‌ترین طرقی که «قوهٔ توازن» پیش پایتان می‌گذارد «انعکاس» است، یعنی منعکس کردن تمام تقصیرات خود بر دیگری. وقتی این صورت گرفت، به جای اینکه خود را سرزنش کنید در دلتان دوست دشنام شنیدهٔ خود را سرزنش می‌کنید و زشتی کار خود را به گردن او می‌اندازید و می‌کوشید تا خود را تبرئه کنید. مثلاً به خود می‌گویید این دوست من چرا پارسال در فلان مهمانی مرا خفیف کرد؟ چرا آن قدر خودپسند و احمق است که نمی‌بیند حق با من است؟ اصلاً یک چنین آدم خودپسندی لایق دوستی من نیست. دیدی فلان کس از بدجنسی او چه چیزها می‌گفت؟ باید باور کنم که این آدم

نادرست و بی‌عفت است. بنابراین حقش بود که با او این طور رفتار کنم. واقعاً کار بجایی کردم و ابداً مستحق سرزنش نیستم... (غالباً این استدلال بدون اینکه خودتان از آن آگاه شوید، در شعور باطن انجام می‌گیرد.)

به این ترتیب میل سرزنش به خود و تحقیر خود را از سینه بیرون می‌ریزد و به دیگری منعکس می‌کنید. اگر باز این کافی نبود، شخص ثالثی را پیدا می‌کنید و با او از یار دشنام شنیدهٔ غایب به شدت بدگویی می‌کنید. تمام صفات خوب او را بد می‌بینید و بد جلوه می‌دهید و با کلمات زهرآلود و نیش‌دار از او «غیبت می‌کنید» تا انقلاب و غلیان درون دلتان قدری آرام بگیرد.

ولی با تمام این احوال زخمی که شلاّق «تحقیر خود» بر شما وارد کرده به کلی علاج نمی‌شود و برای تسکین آن شما محتاجید تمام رنجش‌های گذشته را زنده نگه دارید. هزار و یک دلیل بتراشید و آن دوست قدیمی را نسبت به خود متعدی و متجاوز فرض کنید تا خشونت شما نسبت به او در نظر خودتان موجّه جلوه کند...

روزی نیست که چندین نمونه نظیر این مثال را در اطراف خود نبینید و به طور قطع یک دلیل اینکه در ایران غالب سواددارا‌ن ما دائم عیب‌جویی و غیبت می‌کنند، از دیگران بد می‌گویند، بدگمانی شدید نسبت به همه کس دارند، به اشخاص افترا می‌زنند و مدام خود را مورد احجاف پدر و مادر و زن و فرزند و زمین و آسمان می‌پندارند، همین احتیاج شدیدی است که قوهٔ توازن و قوهٔ دفاعی وجود برای رهایی از شکنجهٔ تحقیر خود در آنها به وجود آورده است. در واقع به این وسیله زشتی و کراهت چهرهٔ «خود فعلی» را از درون روح خود بیرون می‌آورند و مثل عکس برگردان (بازیچهٔ بچه‌ها) بر پیشانی دیگری می‌چسبانند تا کراهت قیافهٔ «خود فعلی» را نبینند و دچار شکنجهٔ تحقیر خود نگردند.

می‌دانیم که در مبحثی به اهمیت «عناد به خود»، با این مختصر، حق طلب ادا نمی‌شود و لااقل باید ده برابر آنچه گفتیم توضیح دهیم تا موضوع برای همه کاملاً تشریح شود. ولی چون خودشناسی کار عقلاست و چون به قول معروف «برای عاقل یک اشاره کافی است»، فعلاً به همین اکتفا می‌کنیم و امیدواریم با توضیحات دیگری که در شیوهٔ عمل روانکاوی داده خواهد شد، سررشتهٔ کافی به دست داوطلبان «خودشناسی» بدهیم

تا بتوانند با ورزش‌های روحی، ذهن خود را هر روز قدری مُصفّاتر و نیروی معنوی خود را قوی‌تر سازند. یعنی هر روز قدری بیشتر بر این دو دشمن جان که عبارت از غرور و عناد به خود باشد، غلبه نمایند.

آزار (عقدهٔ) حقارت

برای شناخت روح انسان ـ این موجود ناشناخته ـ آشنایی به عوارض و بیماری‌های روحی ضروری است. اینک یک عارضه راکه به نام آزار حقارت است اینجا ذکر می‌کنیم.

آزار حقارت که بایدگفت اثراتش از سرخ‌شدن صورت هست تا بر پاکردن جنگ و حریق و حتی انسان‌های بسیار آرام و خجول را هم گاهی تا سرحد جنایت می‌کشاند، اثرات مضر دیگری هم دارد که یکی از متداول‌ترین آنها ترمز عمل و فعالیت و آموختن است. البته چون این قبیل اثرات نامرئی، مثل آدم‌کُشی و حریق نمایان نیست، زیاد به چشم نمی‌آید و مردم آن را چیز عادی و قبول شده‌ای می‌دانند و برای توجیه تمام این عوارض بسیار مخرّب یک کلمهٔ سهل و ساده بیشتر نمی‌شناسد و آن کلمهٔ «تنبل» است. می‌گویند فلانی تنبل است، همان طور که ممکن است بگویند فلانی کوتاه یا بلند است. در صورتی که تنبل صفت فطری هیچ آدم سالمی نیست و حتماً علل مختلفی دارد که با رفع شدن آن علل، معلول نیز خود به خود رفع می‌شود. یکی از مُؤثّرترین علل تنبلی همین زنجیرهای بسیار سنگین است که در نتیجهٔ داشتن آزار حقارت در انسان پیدا می‌شود.

تفاوت بین درست درک کردن این مطلب و بی‌توجهی به آن از نظر خودشناسی و شناخت روح انسان زمین تا آسمان است. زیرا مثلاً شما را که می‌گویند تنبلید، ممکن است عیناً مثل یک اتومبیل قوی، قدرت داشته باشید، ولی اتومبیلی که ترمزهای محکمی چرخ‌های آن را بی‌حرکت کرده است و به محض اینکه ترمزها باز شود اتومبیل به سرعت زیاد می‌تواند به جلو برود و راه طولانی را در مدت کمی بپیماید. بین دوستان و آشنایان و اقوام ما چه بسیار کسانی هستند که اگر چرخ فعالیتشان محکم ترمز نکرده بود، می‌توانستند با سرعت زیاد به سوی مقصود پیش بروند. ولی فعلاً چون عواملی نظیر آزار حقارت قدرت فعالیت آنها را با ترمزهای خود فلج کرده، فقط لنگ‌لنگان حرکت کم اثری

می‌کنند و یا به کلی در جا می‌زنند و یک قدم هم جلو نمی‌روند. به عبارت دیگر چه بسیارند اشخاصی که فعلاً انگل جامعه هستند و عمری به بیهودگی و بی‌اثری می‌گذرانند و حال آنکه در اکثر این افراد اگر کاوش شود، معلوم می‌گردد که استعداد درخشان شدن به حد کافی در ایشان وجود دارد؛ منتها به علل مذکور این استعدادها راکد شده و تباه گردیده است. به عقیدهٔ بنده اگر از این حقیقت آمارگیری صحیح انجام شود، معلوم می‌گردد که چه طور میلیاردها تومان در نتیجهٔ استفاده نکردن از نیروهای انسانی مثل آب سیلی که در شن‌زار بیابان بریزد، هدر می‌رود.

هر کس با کمی توجه به نکاتی که ذکر شد می‌تواند شواهد زیادی در اطراف خود ببیند. بنده خودم دختر بچهٔ خجولی را می‌شناختم که بسیار زود فهم و هوشیار بود که برای تفریح و بازی خود هفته‌نامه‌ای درست کرده بود و اخبار و مقالاتی از اوضاع و احوال دنیای کوچک محیط خودش در آن می‌نوشت و هر هفته برای یکی از دوستانش می‌فرستاد. اتفاقاً روزی یک نسخه از این جریدهٔ جالب را دیدم و از قریحهٔ این بچهٔ خجول و از آدمی گریزان حیرت کردم.

دختر بچه بزرگ شد، شوهر کرد و تصادفاً روزی در یک عصرانهٔ خصوصی دیدم که از زندگی یکنواخت و کسالت‌آور خود به شدت شکوه می‌کرد و در پی راه حل مشکل خود می‌گشت. من فوراً به یاد هفته‌نامهٔ ایام کودکیش افتادم و گفتم: «برای شخصی مثل شما با خصوصیات و قریحه‌ای که دارید بهترین راه خلاصی از احساس بیهودگی این است که به هنری دست بزنید.» گفت: «مثلاً چی؟» گفتم: «مثلاً نویسندگی یا شاعری. بروید دنبال این کار، به احتمال قوی موفق خواهید شد.» خانم به حرف من خندید و گفت: «من و نویسندگی، من و شاعری؟» دیدم آزار حقارت و «خودکم‌بینی» به طوری امید پیشرفت و شوق آموختن و جرأت به کار انداختن قوای فعاله را در وجود او از بین برده است که قدرت چنین عملی را جسارتی تمسخرآمیز و غیرقابل تصوّر می‌پندارد و به هر حال نویسنده شدن و نیرومندتر شدن را فرسنگ‌ها از حالت فعلیش دور می‌پندارد.

این گذشت و بنده به سفر طولانی فرنگ رفتم. وقتی برگشتم دیدم این خانم خجول در مجله‌ای که خودش امتیاز گرفته مطالب جالب می‌نویسد، ترجمه‌های خوبی می‌کند،

اشعار دلپسندی می‌سازد و بین اُدبا مقبولیتی یافته است و حالا هم یکی از خانم‌های سرشناس و ظریف مورد توجه تهران است.

بچهٔ دیگری را می‌شناختم که پدر و مادرش به علت کم‌هوشی و نمرات بدگرفتن و مکرر رفوزه شدن، او را با بی‌رحمی تخطئه می‌کردند و به این وسیله عقدهٔ حقارت را روز به روز در او عمیق‌تر می‌ساختند. اتفاقاً دری به تخته خورد و توانستند این دختر را به فرنگ بفرستند. تصادفاً مادرش در مجلسی باحضار مشورت می‌کرد که نمی‌دانم این دختر خنگ را به چه رشته‌ای باید گذاشت که چیزی بیاموزد؟

اما به نظر من دخترشان برخلاف آنچه خود را در نظر آنان نشان می‌داد نه خنگ بود و نه کم‌هوش، بلکه به عکس از صحبت‌هایی که با او کردم به نظر می‌آمد که بچه‌ای است هوشیار منتها تحقیر شده است و مخصوصاً ذوق و استعداد برای روان‌شناسی تربیتی در او آشکار یافتم. دخترک رفت به فرنگ و پس از دو سال، پدر و مادر و خانواده را از استعداد و پیشرفتش به حیرت انداخت، به طوری که کم‌کم مقام تعجب‌آوری در همان جا به او دادند. نامزد خوبی هم برای خود پیدا کرد و وقتی بعد از چند سال موقتاً با شوهرش به ایران بازگشت، به طوری با اعتماد به نفس مجلس‌آرایی می‌کرد و درخشان می‌نمود که اصلاً شناخته نمی‌شد.

خودش که خوب در رموز خودشناسی وارد شده بود، می‌گفت: «پیشرفت سریع من از روزی آغاز شد که در صدد درمان آزار حقارتم برآمدم و ترمزهای سنگینی که بر دست و پای استعدادم بسته شده بود، کم‌کم باز کردم.» می‌گفت: «در وجود من آزار حقارت، هم علت احساس گناه شده بود و هم معلول احساس گناه. به این معنی که سرزنش‌های دائم و تمسخرهای خفّت‌آوری که غالباً دربارهٔ من روا می‌داشتند و روح حساس مرا به سختی می‌آزردند، موجب می‌شد که یک اشتباه کوچک یا یک نمرهٔ کم را گناه بسیار بزرگی پندارم و این احساس گناه مرا در نظر خودم خوار و خفیف می‌ساخت و آزار حقارتم را شدیدتر می‌کرد. از طرف دیگر همین آزار حقارت روزافزون من باعث می‌شد که هر خطای کوچک بعدی را گناهی بزرگ‌تر ببینم. به این طریق وضع روحی من در یک حرکت دورانی فساد افتاده بود که در هر دوری آزار حقارت احساس گناهکاریم را زیادتر

می‌ساخت و احساس گناهکاری آزار حقارتم را می‌افزود و موجب می‌شد که بیشتر از خودم بدم بیاید. بیشتر خودم را پست و حقیر و بیچاره ببینم و از همه بخواهم که دربارهٔ من سکوت کنند و از معایب و گناهانم سخنی نگویند. می‌گفت، همین که محیط پُر از ملامت و سرزنشم مبدل شد به محیط پُر از تشویق معلمان آدم شناس و رئوف، کم‌کم به نظرم آمد که آن قدرها هم که می‌پنداشتم خنگ و گناهکار نیستم. اندکی بعد فهمیدم در بعضی کارها حتی از عدهٔ زیادی بهترم. دیدم خطاهایم را به جای اینکه تمسخر کنند، عادی می‌نگرند و به اغماض اصلاح می‌کنند و پیشرفت‌هایم را هر قدر هم کوچک باشد بزرگ می‌بینید و مرا با تشویق زیاد امیدوار می‌سازند. رفته‌رفته به خودم ثابت شد که موتور وجودم خیلی قوی بوده و هست منتها ترمزهایی از خود موتور قوی‌تر و محکم‌تر تمام چرخ‌های ماشین معنوی وجود مرا بسته‌اند و در جای خود بی‌حرکت ساخته‌اند. به این دلایل بود که نمی‌توانستم چیزی بیاموزم و هر سال در امتحانات رد می‌شدم.»

در این شاهد مثال‌ها شاید توجه فرموده باشید که نکتهٔ بسیار مهمی از ذهن کسانی که دچار آزار حقارت می‌شوند پوشیده است. آن نکته این است که شخص مبتلا به عقدهٔ حقارت ممکن است به شدت احساس کند گناهکار است و از نتایج دردناک این احساس گناه رنج ببرد، ولی در حقیقت هیچ گناهی در کار نباشد و این نکته‌ای است که تمام دانشمندان مکتب‌های مختلف روانکاوی از خود «فروید» گرفته تا «آدلر» و «یونک» و «رانک» و «منینگر» و «هورنای» دربارهٔ وجود آن متّفق‌القول‌اند. البته نظرگاه هر یک در این باره فرق دارد و علل اصلی آزار حقارت و احساس گناه را یکسان نمی‌بینند. مثلاً فروید که غرائز جنسی و وحشت‌های ناشی از آن را مهمترین آزار حقارت می‌داند، نتیجه‌گیری‌اش خیلی فرق می‌کند با نتیجه‌گیری مثلاً هورناری که به عکس فروید به ما می‌فهماند اگر فرد توقّعاتش بیش از استعداد و امکاناتش باشد به رنج‌های مختلف گرفتار می‌شود که دردناک‌ترین آنها، آزار حقارت است. مثلاً اگر بنده در این سن توقّعم از خودم این باشد که در کشتی‌گیری و وزنه‌برداری هم ردیف «تختی» و «نامجو» بشوم، درست به تناسب فاصله‌ای که بین این توقع و امکاناتم وجود دارد، به همان اندازه آزار حقارت بیشتری پیدا می‌کنم. بنابراین فرمول ریاضی این حقیقت به نظرم کاملاً صحیح می‌آید که می‌گویند:

«سعادت انسان = $\frac{\text{امکانات}}{\text{توقعات}}$ یعنی کسری که صورتش امکانات آدمی است و مخرجش توقّعات او از خودش و از دنیا.» به عبارت دیگر اگر توقعات شما صد باشد و امکاناتتان هم صد، وجود شما متعادل است و فرد بسیار خوشبختی هستند. ولی اگر توقّعات شما صد باشد و امکاناتتان فقط پنجاه، معادل پنجاه درصد توقّع زیادی بر امکانات رنج می‌برید، احساس گناه می‌کنید و دچار آزار حقارت می‌شوید.

این نکته با اینکه به نظر پیش پا افتاده می‌آید، مع‌ذالک بسیار پیچیده و از نظر پوشیده است. فقط باتوجه کافی می‌توانید کشف کنید که چه طور غالب سرنوشت‌ها تار و پودش از آزار حقارت و احساس گناه بافته شده است.

یکی از همین سرنوشت‌ها که به وضع شاعرانه‌ای این حقیقت را نشان می‌دهد، داستانی است که به قالب فیلمی درآمده و تحت عنوان «مرغ دریایی» در سینماهای تهران نمایش داده‌اند و بنده چندی قبل با لذت تماشا کردم.

در این داستان کشیشی هست که تمام امور زندگی‌اش را در مدرسهٔ مذهبی دِه کوچکشان بر طبق مقررات «باید» و «نباید»های مذهبی و زنجیرهای تحکّمات اجتماعی تنظیم کرده و در چهارچوب محدود این مقررات به یک رشته فعالیت‌های قراردادی می‌پردازد و با زن و فرزندانش عمر آرام و بی سر و صدایی می‌گذراند. ولی تصادف روزگار این کشیش تحصیل کرده را یک مرتبه با مادر بسیار زیبای یکی از بچه‌ها روبه‌رو می‌کند. این مادرِ جوان بسیار زیبا، نقاشی است بسیار خوش قریحه، عاشق طبیعت و هر چه طبیعی و غیرساختگی است. از جنجال شهر و صدها مقررات و بکُن و نکُن‌های قراردادی و تعصّب آمیزش گریزان است و از مردها و خودخواهی‌های مردانه‌شان متنفر و بیزار. این هنرمندِ از قید و بند فراری، به همهٔ این دلایل به یک کلبهٔ محقر ساحلی پناه آورده و با فروش تابلوهایش تلاش می‌کند زندگی محقر خود و یک فرزندش را که نتیجهٔ یکی از لغزش‌های آغاز جوانی اوست اداره کند. البته هر یک از جملاتی که بین کشیش مقرراتی و این خانم عاصی از مقررات قراردادی رد و بدل می‌شود، بسیار جالب و قابل تفسیر است ولی چون از موضوع بحث ما خارج است از آن می‌گذریم. فقط نکته‌ای که گویا و مُؤیّد مطلب ماست آزار حقارت کُشنده‌ای است که در این کشیش پیدا می‌شود. این کشیش در

هر قدم که به سوی برآوردن خواسته‌های دلش برمی‌دارد، چون این خواسته‌ها مغایر باید و نبایدها و مقرراتی است که او زندگیش را بر آن اساس ساخته است، به شدتی احساس گناه می‌کند که به جای لذت رنج می‌برد و بر استقلال فکر و آزادی نقاش حسرت می‌خورد. نتیجتاً به جای اینکه با عقل و منطق سالم مشکلش را رفع کند، به عکس زندگی و سعادت خودش و زن و فرزندانش و کمال مطلوب و معشوقه‌اش را تباه می‌سازد.

تمام اینها فقط به حکم آزار حقارت و احساس گناه شدیدی بود که تخلّف از بایدهای مقررات برایش ایجاد کرده بود و روح سرگردان این کشیش حساس را در معرض کشمکش تضادهای درونی قرار داده بود. متأسفانه به این نکتهٔ مهم و دلایل روانی عصیان آن زن که مهمترین نکات اساسی پیام نویسندهٔ فیلم است کمتر کسی توجه کرد و به همین دلیل است که معتقدم و مکرّر عرض کرده‌ام که باید ما هم مثل سایر کشورها منقّدان و مفسّران درست و حسابی برای فیلم و کتاب تربیت کنیم و حتی اتّحادیهٔ منقّدان بسازیم.

بخش نهم - حروف ز - س - ش

زرد زخم

تاول‌های چرکین که به زرد زخم (Impetigo) موسوم است به قدری شایع است که محتاج تعریف نیست. همچنین مُسری بودن فوق‌العادهٔ آن را حتی مردم عامی قبول دارند. باید بدانید که این سرایت نه تنها بین مریض و دیگران موجود است، بلکه این عارضهٔ جلدی بدن خود بیمار را ظرف مدت کمی سریعاً فرا خواهد گرفت، مگر اینکه اولین آثار آن را چنانکه باید معالجه نموده باشند. زیرا به عکس اگزما که بدبختانه پزشک در تغییر مشی آن تقریباً عاجز است، در زرد زخم حُسن علاج تأثیر سریع دارد. اگر زرد زخمی در عرض یک الی دو هفته کاملاً اصلاح نشده باشد، سوء تدبیر پزشک یا پرستار را باید در آن دخیل دانست.

دربارهٔ میکروب مولد این مرض مباحثات بسیاری شده است و عقیدهٔ اکثر پوست‌شناسان بر این است که سه نوع زرد زخم می‌توان مشاهده نمود:

۱ـ زرد زخم مربوط به استرپتوکوک

۲ـ زرد زخم در اثر استافیلوکوک

۳ـ زرد زخم شایع که هر دو نوع میکروب عامل آن می‌باشد.

۱ـ شکل اول یعنی زرد زخم مربوط به استرپتوکوک عبارت است از تاولی محتوی زرداب و چرک (Bulle sero - Purulente) که در بادی امر فقط دارای آبی زردرنگ است، ولی سریعاً محتوی آن چرکین می‌گردد. قشری که این تاول را می‌پوشاند خیلی نازک است، لذا به زودی پاره شده (به خودی خود یا در اثر خراش) و قطرات کهربایی رنگ به خارج می‌ریزد. روی این تاول‌ها قشرهای متلاشی شده مدتی می‌ماند. این قشرها رنگ زرد مخصوصی دارد که آن را به عسل تشبیه نموده‌اند. ظرف هشت الی دَه روز قشرها افتاده پوست قرمز رنگی جای آن را می‌گیرد و بعد از چندی ضایعات به کلی مرمّت شده اثری از آن روی جلد نخواهد ماند. محل عادی این عارضه صورت و خصوصاً در حوالی

حفره‌های آن است، چه مولد این زرد زخم استرپتوکوک‌هایی است که منبع آن در بینی یا در حوالی دهان و چشم‌هاست. در نوک انگشتان نیز همین میکروب قبل از زرد زخم تولید Tourniale نموده که هنگام معالجهٔ کسالت جلدی آن را نیز نباید فراموش کرد. این شکل زرد زخم معمولاً همراه با تورم غدد لنفاوی است و نزد اطفالی که دارای مزاجی فرسوده هستند یا به عللی ضعیف و کم مقاومت شده‌اند، تب بالا می‌رود و روی پوست خطوط قرمز رنگ لنفانژیت نیز ظاهر می‌شود خستگی و اختلالات هاضمه نیز مزید بر علت می‌گردد. در روی پوست معمولاً زرد زخم متعاقب خارشی است که شپش ایجاد نموده است. دورهٔ این زخم با معالجهٔ لازم سه الی دَه روز بیش نیست، والاّ هفته‌ها و ماه‌ها طول خواهد کشید.

۲ـ زرد زخم Bockhardt از همان مرحلهٔ اول با (چرکدانه Pustule) شروع می‌شود و معمولاً در حوالی موهای بدن پیدا شده و در وسط حلقهٔ قرمز رنگ قرار دارد. این تاول‌های چرکین معمولاً بسیار متعدد می‌باشد و بزرگی آن در حدود یک عدس است.

اختلافاتی که این زرد زخم با شکل پیش دارد، در پیدایش سریع چرک و در تمرکز آن در حوالی ریشهٔ مو است. تاول‌ها نیز دیرتر بهبود می‌یابند و برخلاف نوع قبل، محل آنها معمولاً در صورت نیست. هر جا که استافیلوکوک رخنه یابد، این عارضه ممکن است بروز کند (ضایعات جرب، ضربه، خارش زیاد و حتی عرق نمودن.)

۳ـ معمولاً در زرد زخم‌های کودکان هر دو میکروب دخالت دارد. در یکی از نقاط صورت کودک ابتدا یک تاول چرکین پیدا می‌شود، سپس در حوالی آن تاول‌های مربوط به استافیلوکوک به تدریج زیادتر شده، منظرهٔ عادی زرد زخم را که یکی از مُسری‌ترین امراض جلدی اطفال است کامل می‌کند. معمولاً غدد لنفاوی متورم هستند. اینجا نیز منبع میکروب‌ها حفره‌های صورت است، خواه در بینی یا در دهان. در موارد دیگر عفونت ابتدا در چشم (تورم ملتحمه) یا در گوش (اوتیت) جایگزین شده و از آنجا به پوست سرایت کرده است.

شایسته است لااقل بعضی از اشکال این زردزخم را اسم ببرم. در میان موهای سر عوارض این بیماری نسبتاً شایع است. در مریض‌خانهٔ سن‌لویی دختری را به همین

بیماری مبتلا دیدیم که تمام سطح سرش را قشرهای زرد فام پوشانیده و موهای مجعدش را به یکدیگر چسبانده بود. برداشتن قشر مزبور و دیدن چرک فراوان، زرد زخم سر را ثابت کرد و معالجهٔ سریع عوارض با داروهای معمولی را محقق نمود. بعد از زردزخم سر تا مدتی روی نقاط بیمار، مو نمی‌روید ولی این (طاسی Alopecie) موقت است.

گاهی استرپتوکوک روی مخاط دهان جایگزین شده تولید (استوماتیت Stomatite) می‌نماید که علائم آن باید شناخته شود تا طفلی که به این عارضه مبتلاست به خوبی مداوا شود. زرد زخم مخاط دهان عبارت است از لکه‌های سفیدرنگ نزدیک به زردی که روی مخاط دهان جای می‌گیرند. روی لب‌ها، در سطح داخلی گونه‌ها و روی لثه‌ها، حتی روی زبان و سقف دهان نیز تعداد آنها زیاد است ولی این عوارض هیچ‌گاه به طرف حلق نمی‌روند. به علاوه معمولاً با دیگر ضایعات جلدی مربوط به استرپتوکوک همراه‌اند که باید پزشک یا مادر فهمیده آن را به خوبی تشخیص دهد.

در بعضی از موارد، زرد زخم بچه‌ها به جای تاول‌های عادی تولید زخم‌های نسبتاً وسیع و عمیق می‌کند. به این شکل مخصوص (اکتیما Ecthyna) می‌گویند که در روزهای اول همان زرد زخم ساده است ولی به زودی زخمی تولید می‌شود که آن را قشر زرد رنگ و سختی گرفته و در اطراف آن پوست بسیار قرمز و متورم به نظر می‌آید. هرگاه قشر مزبور را بردارید، زخم مدور و عمیقی زیر آن مرئی می‌شود که لبه‌های آن منظم و قائم بر سطح زخم می‌باشد و قعر آن قرمز و گندم گونه است (مخلوط با خون). این زخم‌ها معمولاً متعدد و محل عادی آن پاهای طفل است. در اکتیما غدد لنفاوی کشالهٔ ران نیز بزرگ می‌شوند. چون این ضایعهٔ جلدی‌درم را نیز خراب می‌کند، داغ آن مدتی می‌ماند.

اینکه گاهی از اوقات استرپتوکوک در طفلی زخم‌های سطحی و نزد طفلی دیگر زخم‌های عمیق اکتیما را تولید می‌کند، به چند علت مربوط است؛ یا خود میکروب دارای زهرآگینی فوق‌العاده است یا راه رخنه در بدن به طرز عمیق و مهیّایی فراهم بوده (مثلاً وقتی اکتیما بر ضایعات جرب مزید شود)، یا بالأخره مقاومت طفل در اثر عفونت‌های مختلف کم می‌شود و به سهولت دچار بیماری می‌گردد و تحقیق در این قسمت برای موفقیت معالجه البته شایان اهمیت است. اگر کودک در نتیجهٔ نابسامانی‌های غذایی،

ابتلا به دیابت، داشتن سل یا فقط یک (تورم لوزه Adenoidite) قوایش کم شده است، ناگزیر باید علاوه بر تجویزات جلدی، عوارض دیگر را هم موقع درمان در نظر داشت.

با این حال معالجهٔ جلدی در زرد زخم نهایت اهمیت را دارد و هر طبیبی باید از عهدهٔ آن به خوبی برآید. به خصوص لازم است که پزشک صرف وقت نموده، برای مادر یا پرستار ساده‌ترین طرز پانسمان را بیان نماید تا نتیجهٔ دستورهایش سبب بهبود بیمار گردد.

در بادی امر باید قشر روی زخم‌ها را با چند کمپرس مرطوب یا با قدری وازلین نرم نموده تا به سهولت برداشته شود و ضایعات زیرین را به آسانی بتوان ضدعفونی نمود. برای این کار با یکی از این محلولات باید زخم‌ها را شست و شو داد؛ خواه نیترات دارژن (سه تا دَه درصد) یا سولفات دوکوئیور (یک درصد) ولی معمولاً ائودوآلیبور را ترجیح می‌دهند. با آنکه فرمول آن موجود است، در همه حال متشابه نیست و شما می‌توانید آن را بدین نحو تجویز نمایید.

Sulfate de cuivre Sulfate de Zinc	a a	8
Teinture de safran		og 20
Eau distillee		400 gr

این مایع را با مقداری متساوی آب مخلوط نموده برای ضدعفونی کردن به کار می‌برند و این عمل را در روز ۳ الی ۶ مرتبه باید تکرار نمود. بعد پمادی برای همین منظور روی عوارض جلدی باید بمالند. از داروهای متعددی که معمول اطبّاست، این یک فرمول را در اینجا توصیه می‌کنیم که در همه حال بدانید و نتایج بسیار خوب داده است.

Oxyde Jaune mercure		1 g
Acide Salic ylique Resorcine	a a	og 30
Vaseline Lanoline	a a	15 g

ولی البته پزشکان مطابق ذوق و تجربهٔ خودشان می‌توانند پُمادی با بم دوپرو، اسید بریک یا کافور و غیره تهیه نموده به این گونه مریضان توصیه کنند. در این ایام روغن‌های سولفامید یا پنی‌سیلین‌دار و کورتون‌دار یا سایر آنتی‌بیوتیک‌ها بیشتر متداول است. درمان‌های درونی بی‌فایده نیستند ولی هیچ‌گاه اساس معالجهٔ زرد زخم نمی‌باشند. از کشت میکروب‌ها روی جلد باید با داروهای ضد عفونی خارجی جلوگیری نمود و فرعاً مزاج ضعیف طفل را با آرسنیک یا آهن تقویت کرد. در بسیاری از اوقات روغن کبد ماهی مفید است و در همه حال باید روش غذایی کودک را اصلاح کرد و در بهداشت وی نصایح لازم را به مادران نمود تا نهایت دقت را بنمایند.

زگیل

آیا زگیل مُسری است؟

ـ آقای دکتر، من خیلی ناراحتم. دست‌های پسرم را نگاه کنید، از زگیل پُر شده. این خیلی بده، خیلی زشته، سعی کنید آنها را از بین ببرید. اگر من به حرف دوستان و آشنایانم گوش داده بودم تا حالا خیلی از کارها را انجام می‌دادم. هر کدامشان یک دستوری به من داده‌اند، ولی من قبل از آنکه آن دستورها را عمل کنم پیش شما آمدم و خواستم نظر شما را بدانم.

ـ شما کاملاً حق دارید خانم. این یک ناخوشی است که خیلی باعث ناراحتی می‌شود، به خصوص از نظر زیبایی. هنوز زگیل یک موضوع اسرارآمیز محسوب می‌شود. چه بسیار از آنها بدون درمان و خود به خود، حتی بدون گذاردن کوچک‌ترین اثری از بین می‌روند بدون اینکه شخص بداند برای چی! ولی شما خانم خیالتان راحت باشد و این را هم بدانید اولین اصلی که باید رعایت شود، این است که باید از تمام درمان‌هایی که می‌تواند اثر و داغ‌های بادوام بگذارد جداً اجتناب نمایید.

ـ آقای دکتر ممکن است به من بگویید که اصلاً زگیل چیست؟

ـ در زبان پزشکی تومور خوش خیمی است و تشکیل شده از یک هیپرتروفی (ازدیاد) محدود پاپی‌های درم و اپیدرم (پوست و روپوست).

ـ از تشریح شما خیلی متشکرم ولی متأسفانه برای من زیاد واضح و روشن نبود.

من می‌دانم که پوست و روپوست دو طبقه از جلد هستند اما از پاپی‌ها چیزی دستگیرم نشد.

ـ آنها برآمدگی‌های کوچکی از طبقهٔ فوقانی پوست هستند.

ـ خیلی متشکرم آقای دکتر، اما اجازه بدهید یک چیز دیگری هم از شما بپرسم. شما کلمهٔ دیگری را نام بُردید که باعث وحشت من شد.

کلمهٔ تومور یعنی چه؟ مگر زگیل هم یک نوع سرطان است؟
- خیر خانم، هیچ‌وقت نباید این دو را با هم اشتباه نمایید. تومورهای خوش خیم همیشه محدود بوده و به بافت‌های اطراف پیشروی ننموده و هرگز عمومی نمی‌شوند. سیر آنها نیز خوب است، خیالتان راحت باشد، هیچ‌گونه ترسی وجود ندارد.
- من خاطرم جمع شد ولی می‌خواستم علت پیدایش زگیل را بدانم.
- امروز معلوم شده که علت زگیل یک نوع ویروس است.
- خیلی معذرت می‌خواهم آقای دکتر، ولی باید عرض کنم که کلمهٔ ویروس هم برایم غیرقابل درک بود و از آن چیزی نفهمیدم.

ویروس چیست؟

- این من هستم که باید از شما معذرت بخواهم. اطبا همیشه تمایل دارند لغاتی را استفاده نمایند که هیچ‌کس آنها را نفهمد. اول بگذارید بدانیم ویروس چیست.

مدت‌ها تصوّر می‌شد که بعضی امراض مُسری به خصوص آبله، آبله مرغان، هاری، بیماری فلج اطفال، آنسفالیت‌های فصلی، تب زرد و خیلی از بیماری‌های دیگر به علت عناصری می‌باشند که نمی‌توانند هویت آنها را تعیین نمایند. این عناصر به وسیلهٔ میکروسکوپ قابل رؤیّت نبوده و آنها را نمی‌توانستند کشت بدهند. بنابراین نتیجه گرفتند که آنها باید خیلی خیلی ریز باشند و به کمک میکروسکوپ الکترونیک توانستند آنها را بشناسند.

ویروس‌ها دارای اشکال مختلف بوده به صورت‌های کُروی، بیضوی و میله‌ای دیده می‌شوند که فقط در داخل سلول زنده قادر به زندگی و تولیدمثل می‌باشند و منتقل نمی‌شوند مگر به وسیلهٔ یک خراش سلولی یعنی به وسیلهٔ یک زخم کوچک سطحی.

زگیل چگونه منتقل می‌شود؟

- من از خودم می‌پرسم، پسرم چگونه و از کجا زگیل گرفت؟
- به احتمال قوی سرایت در مدرسه بوده؛ بچه‌ها به آسانی می‌توانند زگیل‌ها را به یکدیگر منتقل نمایند. کافی است که خراشیدگی مختصری در پوست ایجاد شود. حالا بگذارید نگاهی به دست‌های پسر شما بیندازم.

زگیل‌های معمولی

- آقای دکتر می‌بینید که خیلی زشته، اول این طور نبود وقتی من متوجه شدم این یکی که الآن از همه بزرگ‌تر است، به اندازهٔ ته یک سنجاق بود. یک برجستگی کوچکی بود به رنگ قرمز متمایل به خاکستری و کم‌کم حجمش زیاد شد و رنگ آن هم به تیرگی گرایید. بعدها زگیل‌های دیگری نیز به وجود آمدند.

- شرحی که شما دادید کاملاً صحیح است. نگاه کنید سطح زگیل برآمده بوده و از برجستگی‌های شاخی پوشیده می‌باشد. قوام آن سخت و همیشه اطراف زگیل پوست طبیعی می‌باشد.

پیش پسر شما، تمام زگیل‌ها جدا جدا هستند. آن زگیلی که شما نشان دادید و از همه بزرگ‌تر می‌باشد زگیل مادر (اولیه) بوده و بقیه بچه‌های آن نامیده می‌شوند. معمولاً زگیل بدون درد است. به جز آنهایی که در مناطقی که تحت فشار دائمی هستند قرار دارند مانند کف دست، کف پا و کناره‌های ناخن.

زگیل‌های کف پایی

- آقای دکتر گمانم زگیل‌ها انواع مختلف دارند. شوهر من با شغلی که داشت مجبور بود ایستاده کار نماید و در کف پاهای او برجستگی‌هایی بود که مثل زگیل‌های پسرم نبودند. بیچاره شوهرم! راه رفتن برایش مشکل بود و آخر سر مجبور شد بدهد آنها را عمل نمایند و سه هفته هم در تخت خوابیده بود.

- زگیل‌های کف پا هم مثل همهٔ زگیل‌هایی که پسر شما دارد از زگیل‌های معمولی هستند. ولی آنها همیشه از یک پینه پوشیده شده که به واسطهٔ فشار دائمی نمی‌توانند برجستگی زیاد پیدا کنند و برعکس از عمق جایشان را گود می‌نمایند.

این زگیل‌ها کم و بیش متعدد و اغلب دو طرفه بوده و نسبت به فشار حساس می‌باشند. این زگیل‌ها بیشتر در قسمت جلو کف پا و در سطح کفی انگشتان پا دیده می‌شوند و در بعضی‌ها توأم با درد و خارش هستند.

زگیل‌های مسطح

- زگیل‌های مسطح نمای مشخصی دارند. خیلی کوچک بوده، صاف و بدون درد و

خارش‌اند و رنگ آنها به رنگ پوست طبیعی یا به رنگ‌های زرد، خاکستری، قهوه‌ای می‌باشد. این زگیل‌ها بیشتر در جوانان و آن هم در پشت پاها، دست‌ها و در گردن، صورت، اطراف دهان، گونه‌ها، چانه و پیشانی دیده می‌شوند. اینها پس از مدت نامعینی خود به خود بهبود یافته و بدون آنکه اثری باقی بگذارد برطرف می‌گردند.

ـ آقای دکتر حالا که همه چیز برایم روشن شد، خواهش می‌کنم بهترین درمان و مؤثّرترین راه معالجه را به من نشان بدهید.

ـ البته برای معالجهٔ زگیل راه‌های زیادی وجود دارد، ولی بد نیست که من گریز کوچکی هم دربارهٔ طلسم و جادو بزنم و بعد به گفتن درمان‌های صحیح بپردازم.

این عقاید و رسم‌های قدیمی هنوز هم در بعضی از نقاط کم و بیش دیده می‌شود. عده‌ای معالجهٔ زگیل را این طور می‌دانند که بایستی مقداری سنگ‌ریزه را در زیر سنگ نسبتاً بزرگی قرار داده و شخص زگیل‌دار در حالی که نیت می‌نماید زگیل‌هایش برطرف شوند، به تعداد زگیل‌هایش از آن سنگ‌ریزه‌ها برمی‌دارد و بدین طریق اگر طلسم کارگر شود زگیل‌ها پژمرده شده و خواهند ریخت.

همچنین عده‌ای دیگر عقیده دارند که اگر شکل دستی را که زگیل دارد روی یک ورق کاغذ نقاشی نموده، محل زگیل‌ها را دقیقاً روی آن نشانه گذارده و بعد آن ورق کاغذ را در آتش اندازند و با صدای بلندی سه بار بگویند: «زگیل، من تو را سوزاندم.» پس از سوختن ورقهٔ کاغذ زگیل‌ها نیز خواهند سوخت و از بین خواهند رفت و از این قبیل عقاید و خرافات زیاد دیده می‌شود.

در ایران نیز چنین عقاید و خرافاتی رواج دارد. از جمله باعث بروز زگیل را پاشیدن آب به روی سگ و گربه پنداشته و درمان‌های مختلفی را به کار می‌بندند. مثلاً عده‌ای از عوام مقداری برنج البته به تعداد زگیل‌ها، در محلی مرطوب می‌ریزند یا با ریختن مشتی نمک در آتش و بدون نگاه کردن از محل دور شدن سعی در علاج بیماری دارند. یا اینکه سکه‌ای را از بامی به کوچه پرت نموده و آن قدر منتظر می‌مانند تا عابری آن را بردارد و در این صورت عقیده دارند که فوراً زگیل‌ها از آنان دوری جسته، به دست‌های عابر بی‌خبری که سکه را برداشته سرایت خواهند کرد و از این قبیل عقاید.

البته یادآور می‌شود که تمام این درمان‌ها عدم موفقیت غیرقابل بحثی دارند. ولی چیز عجیب و باورنکردنی اینکه گاهی زگیل‌ها در نتیجهٔ تلقین به خود محو شده و به کلی از بین می‌روند.

از شوخی که بگذریم در قدیم زگیل‌ها را با مواد سوزاننده مانند اسید سولفوریک، اسید نیتریک، نیترات دارژان و غیره می‌سوزاندند. ولی نحوهٔ بهتر، برداشتن زگیل‌ها با الکتروکوآگولاسیون، الکتروکوتر (سوزاندن با برق)، برف کربونیک و رادیوتراپی است و به خصوص الکتروکوآگولاسیون و برف کربونیک از تمام روش‌های انتخابی بهتر می‌باشند.

البته درمان جراحی را هم باید نام برد. ولی عیب کار این است که مدتی بیمار را از کار خواهد انداخت و به علاوه اثر داغ‌های دائمی باقی خواهد گذارد.

زگیل‌های مسطح جوانان که اغلب خود به خود معالجه می‌شوند معمولاً احتیاجی به این گونه درمان‌ها که در فوق ذکر شد ندارد و بدون به کار بردن مواد سوزاننده می‌توان از پمادهای رزورسین یا اسید سالیسیلیک استفاده نمود.

همچنین برای تمام اشکال زگیل، درمان‌های داخلی نیز توصیه می‌شوند مانند شربت فولر و نمک‌های منیزی.

در مواردی که زگیل به تعداد زیادی وجود داشته باشد، معمولاً کافی است که به درمان زگیل اصلی (مادر) پرداخت و چه بسا ممکن است با برطرف شدن آن بقیهٔ زگیل‌ها نیز به تدریج برطرف شوند. نیز امروز با مصرف ویتامین A موفق به درمان زگیل می‌شوند.

زونا

زونا که یک بیماری عفونی و ویروسی است، همراه یک سری دانه‌های پوستی به صورت قطعات قرمز رنگی یک قسمت از بدن را می‌گیرد.

زونا دارای دو علامت اختصاصی است:

۱ـ درد که از علائم اختصاصی زونا می‌باشد، معمولاً به علت فراگیری یک عصب انترکوستال (بین دنده‌ای) و غالباً مانند دردهای حاد سوختگی و سوزش شدید است. معمولاً این درد به مدت ۲ تا ۳ روز ادامه داشته و همراه آن سردرد، تب، خستگی و بی‌حالی عمومی بدن دیده می‌شود که پس از آن دانه‌ها و پلاک‌های قرمز بیرون می‌زند.

۲ـ دانه‌های قرمز رنگ ـ این دانه‌ها که از علائم مشخصهٔ زونا هستند، در مرحلهٔ دوم بیماری بروز می‌کند. این دانه‌ها یک قسمت از بدن را می‌گیرد و به صورت قطعات قرمز رنگ برجسته از پوست بیرون می‌ریزد. چون معمولاً اشخاص بالغ و مخصوصاً سالمندان دچار آن می‌شوند، یک خستگی و بی‌حالی خاصی به بیمار می‌دهد.

زونا از بیماری‌های عفونی و ویروسی است که در اطفال کمتر دیده می‌شود.

دانه‌ها و قطعات قرمز رنگ به صورت گوناگون دیده می‌شود که به اشکال مختلف نامیده می‌شود.

زونا در قسمت‌های مختلف بدن بروز می‌کند و معمولاً در این نقاط دیده می‌شود:

۱ـ زونا در ریشهٔ موها در سر

۲ـ زونا در چشم

۳ـ زونا در پشت گوش

۴ـ زونا در ناحیهٔ گردن

۵ـ زونا در روی بازو

۶ـ زونا در سینه، جلو یا در پشت بین دنده‌ای

۷ـ زونا در روی شکم یا در ناحیهٔ پشت

درمان زونا بسته به روش و نوع تجربهٔ پزشک فرق می‌کند. چون یک درمان آنتی‌بیوتیکی و کلاسیک ندارد.

با داروهای ضد التهابی و ضد درد و تقویت کننده بیمار را درمان می‌کنند. چنانچه درد با دارو تسکین نیابد از رادیوتراپی استفاده می‌شود.

سرطان چیست؟

به طور کلی سرطان عبارت است از هرج و مرج در اصول و قاعدهٔ مخصوص زندگی سلول‌های بدن؛ بدین معنی، گروهی از سلول‌های قسمتی از بدن به طور اسرارآمیزی که هنوز بشر نتوانسته است به علت آن پی ببرد به نیروی مخرب یا سرطانی تبدیل می‌گردند. همان طور که در اجتماعات بشری دیده می‌شود که هرج و مرج اساس زندگی یک اجتماع را بر هم می‌زند و افراد ناراحت، مردم را تحریک می‌کنند و به صورت یک جمعیت مخرّب درمی‌آورند، سلول‌های سرطانی نیز در یک عضو، همین وضع و چنین اجتماع سلولی را به وجود می‌آورند که متأسّفانه به جای حفظ وظایف فعالیت سالم بدن به صورت یک اجتماع سلولی مخرّب یا تومور بدخیم درمی‌آیند و به اصطلاح ما غدهٔ سرطانی به وجود می‌آید. این غده‌های سرطانی از سلول‌های همان بافت مخصوص است که اجتماعی از سلول‌های سرطانی را به وجود آورده است.

پس از جنگ بین‌الملل دوم وسایل تشخیص بیماری سرطان تکمیل شد و مردم کم‌کم با نام سرطان و خطراتی که برای نسل بشر دارد آشنا شدند و به تدریج نسبت به این بیماری و نام آن وحشت زده شدند. تا جایی که ۵۰ درصد مردم کرهٔ زمین سرطان را یک مرض غیرقابل علاج می‌دانند و بسیار دیگری از مردم حتی گمان می‌کنند که عمل جراحی بر روی سرطان بی‌فایده بوده و خواه ناخواه بیمار سرطانی خواهد مرد. این افکار و عقاید بود که پس از جنگ دوم جهانی، دولت امریکا را واداشت با یک برنامهٔ صحیح با این عقاید نادرست به مبارزه پردازند. این دولت همه ساله مبلغ ۴ میلیون دلار در اختیار سازمان مبارزه با سرطان می‌گذارد که فکر مردم را در مورد سرطان عوض کنند و یادآور شوند که بشر بر بسیاری از انواع سرطان‌ها پیروز شده و هر آن ممکن است با کشف جدیدی به طور کامل بر این بیماری غلبه کند. خوشبختانه تبلیغات و مبارزه‌ای که در امریکا شد گرچه با صرف بودجهٔ زیادی بود، ولی نتیجه بخش گردید. نه تنها مردم به

علائم این بیماری آشنا شدند و از پیشرفت آن جلوگیری شد، بلکه باعث تقویت روحیهٔ مردم در مقابل سرطان گردید.

بد نیست در اینجا مختصری از گزارش علمی سازمان بهداشت جهانی را ذکر کنم:

طبق این گزارش رسمی که بر پایه‌های علمی و اساس تحقیقات متخصصین تهیه شده است، در ایسلند از هر ۵ مریض یکی به علت سرطان درمی‌گذرد و سرطان معده در میان مردم ایسلند زیاد و بیش از سایر کشورهای دنیاست. در حالی که در بریتانیا و امریکا و ژاپن این موضوع درست برعکس است و مبتلایان به سرطان معده در اقلیت می‌باشند. نیز در این گزارش متذکر می‌شود که زن‌های ژاپن کمتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند، در صورتی که در استرالیا، امریکا و فنلاند تلفات سرطان پستان بیشتر بوده است. در این گزارش به نتایج مبارزه با سرطان و آشنایی مردم به علائم آن اشاره شده که نتیجهٔ آن جلوگیری از مرگ و میر و تقلیل عدهٔ بیماران سرطانی در امریکا و انگستان بوده است.

در خلال کوشش‌های سازمان بهداشت جهانی، دانشمندان دنیا از هر سو در جستجوی راه درمان و چاره برای این بیماری جهانی هستند. اخیراً پزشک و دانشمند ایتالیایی به نام «گاونیو ترونی» که عضو انجمن سلطنتی تحقیقات سرطان در انگلستان است، موفق به کشف ویروسی در مغز استخوان گردید. وی پس از آزمایش‌های زیاد اعتقاد یافته که این ویروس موجب ایجاد سرطان خون (لوسمی) می‌شود و اکنون این دانشمند شبانه‌روز می‌کوشد تا واکسن سرطان خون را به جهانیان عرضه دارد.

مبارزهٔ جهانی

علاوه بر کوشش‌های سازمان بهداشت جهانی و سایر دانشمندان، ضرورت دارد یادآور شوم که در کنفرانس سوئد تصمیم گرفته شد بدون توجه به مرام‌های سیاسی و نژادی و بدون توجه به تضادهای سران دول جهان، در آیندهٔ نزدیک یک سازمان بین‌المللی وسیع و دامنه‌دار برای وارد آوردن آخرین ضربت به این بیماری به وجود آید. بودجهٔ پنج سال اول این سازمان ۴۷ میلیون دلار در نظر گرفته شده و همهٔ کشورهای دنیا در اداره کردن آن سهیم و شریک خواهند بود. کوشش دانشمندان بر این است که دانشمندان شوروی در این مبارزهٔ جهانی با سایر کشورها همکاری نماید.

عوامل سرطان‌زا

اجازه بدهید قبل از ذکر علائم سرطانیِ قسمت‌های مختلف بدن، به بحث کلی در این مورد بپردازم. چرا که دانستن این اصول ارزشی بزرگ در حفظ سلامت شما دارد. نخست باید دید که علت بروز سرطان، این مرضی که مبتلایانش را به چنگال مرگ می‌سپارد چیست؟

اگر از نظر کلی و اصول طبیعت توجه کنیم می‌بینیم برای نمو و به وجود آمدن هر چیز یا هر گیاه شرایطی لازم است. فرض کنیم برای اینکه کشاورزی بتواند گندم درو کند باید نخست زمینی که قابل کشت باشد و آماده برای زراعت گندم است تهیه نماید. بعد آن را شخم بزنند و بالأخره بذر گندم را در آن بکارد. پس از مدت‌ها که توجه و آبیاری کرد می‌تواند گندمی که به دست آمده است درو نماید.

برای بروز سرطان هم طبیعت باید سه شرط زیر را جمع و آماده کند:

۱ـ زمین مساعد ـ یعنی اندام یا نقطه‌ای از بدن که به واسطهٔ بعضی نواقص و ناراحتی‌ها مساعد شده باشد.

۲ـ یک راه نفوذ (مانند شخم و شیار زمین) ـ اندامی که تحریک شده و مستعد انحراف و پذیرفتن سرطان باشد.

۳ـ بذر یا تخم ـ منظور منابع سرطانی یا باسیلی است که هنوز هم به کشف آن موفق نگردیده‌اند.

زمینه‌های مساعد

نکتهٔ قابل توجه در اینجاست که در چه حالی استعداد سرطانی شدن در شخص پیدا می‌شود. باید گفت قبل از هر چیز سستی اعمال اندام مدافع بدن و غدد مترشح داخلی است که باعث سرطان یا نفوذ آن می‌شود و نیز یک سری بیماری‌ها موجب پذیرش بدن برای مواد سرطان‌زا و یا ویروس آن می‌گردند. این بیماری‌ها عبارت اند از:

سیفیلیس، ضعف عمومی و یا ضعف بعضی اندام‌ها، مالیخولیا، زیاده‌روی در غذاهای تحریک‌کننده (الکل ـ خردل ـ فلفل) معتادین به دخانیات و کسانی که به تدریج از مواد غذایی تقلبی و فاسد مسموم می‌شوند.

یادآوری این نکته ضرورت دارد که مواد تقلّبی و فاسد نه تنها موجب عوارض حاد و مسمومیت‌های آنی و مرگ‌آور می‌شود، بلکه مسمومیت مزمن (کهنه) نیز می‌آورد که در ایجاد سرطان مُؤثّر است. می‌توان گفت این مسمومیت مزمن از مواد فاسد و تقلبی، به مراتب از سیگار خطرناک‌تر می‌باشد و به همین علت است که دائماً در مورد مواد غذایی تقلبی یادآوری‌هایی به دستگاه‌های بهداشتی و مسئول داده‌ام.

سیفیلیس

سیفیلیس بیماری مُهلکی است که به طور فراوان و به خصوص در شهرهای بزرگ و مراکز پُرجمعیت شیوع دارد و نباید فراموش کرد که متأسفانه هر سیفیلیسی تا سه نسل را مبتلا به این مرض خانمانسوز می‌کند. زیرا این مرض شخصی نیست و به وسیلهٔ ارث منتقل به اولاد می‌شود.

سابقاً وقتی که بعضی از نویسندگان در خصوص سیفیلیس چیز می‌نوشتند و ادعا می‌کردند که «سیفیلیس در همه جا شیوع دارد» پزشکان با این نظریه مخالفت می‌کردند و یادآور می‌شدند که بیش از حد گزاف‌گویی شده است. اما وقتی که بدانیم سیفیلیس متأسفانه عمر بسیار وسیعی دارد و راه سرایت آن ساده است و نیز بدانیم اخیراً میکروب سیفیلیس در مقابل پنی‌سیلین و امثال آن مقاوم گردیده است، باید قبول بکنیم که متأسفانه این مرض شیوع دارد و بسیاری بیماری‌ها چون خون‌دماغ‌های زیاد، آئورتیت و بیماری‌های قلبی، زخم‌های زبانی و در بعضی‌ها ریزش مو را باعث می‌شود.

این نکته را باید یادآوری کرد که تنها هرزگی و یا زندگی پُر از فساد موجب ابتلا این بیماری نمی‌شود، بلکه هستند کسانی که بسیار عفیف و هوشیار زندگی می‌کنند و باز هم ممکن است دچار این آسیب خطرناک شوند. برای بروز این بیماری خراش مختصری کافی است. پدران دور، که شاید نام آنان را هم نمی‌دانید ممکن است از راه ارث تا چندین نسل دیگر یعنی اعقاب شما را هم به این بلاگرفتار سازند. علل سرایتش کاملاً محسوس و نیازی به شرح و بسط ندارد. البته درمان آن امکان پذیر بوده و باید به دست پزشکان دانشمند انجام پذیرد. یادآور می‌شویم که پیشگیری، در این اواخر کمک شایانی به *مداوای این مرض کرده است.*

یبوست

شاید هیچ‌کس آن طور که شایسته است نداند یبوست موجب چه بیماری‌هایی برای بدن می‌شود. یبوست موجب مسمومیت مزمن در بدن می‌گردد که این مسمومیت به تدریج کبد را دچار نارسایی کرده و دستگاه هاضمهٔ معده و روده را از کار می‌اندازد و نیز مواد سمی خون را بالا برده، در نتیجه ناراحتی‌های عصبی ایجاد می‌نماید. همین مسمومیت مزمن روده است که زمینه‌ای برای بروز سرطان آماده می‌سازد. بیشتر علت یبوست تربیت غلط خانوادگی و عادات و رفتاری است که از کودکی طفل یاد گرفته و به تدریج به آن خو می‌گیرد.

پزشکانی که چند گاهی در میان قبایل وحشی و نیمه وحشی به سر برده‌اند تصدیق می‌کنند که ابداً سرطان در میان آن قبایل وجود ندارد. مقاومت افراد قبایل وحشی در برابر این مرض از این جهت است که قولون (کولون)های آنها هیچ گاه به تنبلی نگراییده. عمل منظم روده‌ای یک نفر وحشی مرهون زندگانی او در هوای آزاد و فعالیت‌های بدنی او است. به خصوص در نتیجهٔ قوانین اجتماعی است که به او اجازه می‌دهد به التماس‌های شکم وقعی ننهد و آن را مطیع خویش سازد.

باید گفت شاید در اجتماعات متمدّن کنونی از هر ده نفر نه نفر دچار یبوست مزاج هستند و سببش این است که در روز دو سه دفعه روده‌های خود را تخلیه نمی‌کنند (یعنی یک دفعه بعد از هر غذا) و اعمال معدی آنها نامنظم است و در وقت معینی انجام نمی‌گیرد. ماندن زمان طولانی مواد در رودهٔ بزرگ میلیاردها میکروب را که در سموم بدن پنهان هستند تولید می‌کند. آن وقت است که این میکروب‌ها داخل خون شده و به آرامی و به طور مزمن تولید سم می‌کنند. در نتیجهٔ این مسمومیت اغتشاشات و عوارض مزمنی از قبیل مشکلات عصبی، اختلال در هضم، گردش خون، تنفس و روده‌ها و غیره روی می‌دهد.

علل یبوست مختلف است. اغذیهٔ غیربهداشتی یا غیرکافی (در مورد اخیر به ندرت یبوست تولید می‌شود) اختلال در هضم (کمبود مواد صفراوی و عمل نامنظم غدهٔ تیروئید)، ورم کولون (ورم مزمن مخاط کولون‌ها)، تغییر شکل و یا وسیع‌شدن بی‌اندازهٔ

کولون یا رودهٔ بزرگ (معیوب شدن قوهٔ رشد و نمو)، زیاده‌روی در مُسهل‌ها، تنقیه‌ها و کارکن‌های قوی تولید یبوست می‌کند.

دکتر «کالین‌ژر» در خصوص مسهل چنین می‌گوید: «تحریک روده‌ها به وسیلهٔ مسهل بیهوده است و مثل این است که شلاّق به اسب خسته‌ای برای برپا داشتن آن بزنند.»

مُسهل خوردن که متأسفانه در میان ایرانیان و خانواده‌ها رواج دارد، عادت خطرناک و ناپسندی است. برای درمان یبوست و رفع آن باید به طریقی متوسل شد که مخالف اصول بهداشت و مضر نباشد. خوردن مسهل بی‌آنکه علت بیماری و ایجاد یبوست را بدانیم کار عاقلانه‌ای نیست. بنابراین یادآور می‌شوم که قبل از پرداختن به درمان یبوست و خوردن مسهل باید مرض را تشخیص داد و مدفوع را تجزیه کرد و نیز از روده‌ها عکس‌برداری و یا رادیوسکوپی (پرتوبینی) نمود.

تقریباً می‌توان گفت همیشه یبوست به علت غذای غیربهداشتی و تربیت غلط عمل تخلیهٔ روده‌ها به وجود می‌آید. مشاغل روزانه شما را به قدری مشغول می‌کند که به قضای حاجت ـ که معمولاً احتیاج آن بعد از هر غذا آشکار می‌شود ـ دقت کافی نمی‌کنید و کم‌کم روده‌هایتان تنبل می‌شود. پس ناگزیر از تجدید نظر در عادات خود خواهید بود. برای اینکه خودتان را عادت دهید باید توجه کنید و آنچه برای شما گفته می‌شود به طور دقیق به کار بندید.

در اولین وهله باید خودتان را عادت دهید که بعد از هر غذا به توالت بروید و در این کار باید آن قدر ممارست کنید تا واقعاً به آن عادت کنید. شاید ضرورت داشته باشد که هفته‌ها و ماه‌ها بگذرد تا بتوانید خودتان را به این روش عادت دهید و چنانچه لازم باشد می‌توانید از شیاف‌های گلیسیرین و یا مشابه آن استفاده کنید.

راه دیگری که شما را به این روش عادت می‌دهد عبارت است از مالش ارتعاشی در روی تیرهٔ پشت (ستون فقرات) و یکی دیگر هم ورزش شکم یا بطنی است. ورزش بطنی شامل تمرینات سودمندی است که باعث فشردن روده‌ها و نیرو بخشیدن به عضلات شکم و حجاب حاجز می‌شود.

راه دیگر آن است که عادت کنید روزانه چند مرتبه به تنفس بپردازید. همچنین راه

رفتن روزی نیم الی یک ساعت و اقسام ورزش‌ها (چون مسابقهٔ دو، جست و خیز، شنا، قایقرانی، تنیس، گلف، اسکی، بسکتبال و امثال آنها...)

همچنین گرفتن حمام آفتاب در تابستان و اشعهٔ ماوراء بنفش در زمستان، آب‌های گرم معدنی، تماماً برای رفع یبوست و فعالیت روده‌ها سودمند است. تغذیه و مواد غذایی باید از روی اصول بهداشت باشد. غذاهایی باید میل کنید که مواد زائد آن کمتر باشد. مواد ترشحی روده‌ها را فشرده و عمل تخلیه را منظم می‌کند. سبزی‌ها، کمپوت‌ها، مرباها و میوه‌های پُر آب که با پوستش کاملاً بجوید (البته بعد از خوب شستن)، انجیر، نان بیات کاملاً پخته و برشته بسیار سودمند است. نیز می‌توانید چند عدد آلو را خیس کرده و چهل و هشت ساعت در آب سرد بگذارید و بعد از هر غذا ده عدد آنها را میل کنید.

اگر چنانچه دستورات ذکر شده نتوانست به رفع یبوست شما کمک نماید، آن وقت باید روده‌ها یا قولون‌ها را تحریک و برای سهولت تخلیه به دواهای بی‌ضرری توسل جُست. آگار ـ که یک نوع عصارهٔ صمغ از نباتات آبی‌هندی است ـ شب میل کنید، یکی یا دو قاشق سوپخوری روغن پارافین، یا مواد لزج گیاهی چون خاکشیر، دانهٔ کتان استفاده کنید. مُسهلی که بر می‌گزینید باید دارای شرایطی چند باشد. نخست باید به پزشکی مراجعه کنید که بتواند تشخیص علت یبوست را بدهد. سپس باید مُسهلی به شما بدهد که هم مسکن مرض بوده و هم به اعضای داخلی شما آسیبی نرساند. مُسهل باید طوری باشد که معدهٔ شما را به خوبی تخلیه نماید.

بهتر است بدون خوردن مُسهل اجابت مزاج شما طبیعی گردد و این امر فقط به وسیلهٔ تغذیهٔ منظم و ورزش‌های مناسب بدنی میسّر خواهد بود. یادآوری می‌کنم منظور من این نیست که هیچ‌وقت مسهل نخورید. ولی باید دانست که مُسهل در رفع یبوست تأثیر ندارد. مسهل فقط به منزلهٔ اولین دفاع از مسموم شدن بدن می‌باشد و نباید در خوردن آن تکرار یا زیاده‌روی گردد. اگر چاق هستید و یا گاه‌گاهی دچار ناراحتی معده می‌شوید، بهترین مسهل برای شما سولفات دومنیزی و یا سولفات دوسود است که در آب سرد ریخته میل کنید.

بهتر است همیشه با نظر پزشک به مصرف مسهل مبادرت ورزید. یبوست را هیچ

وقت به بازیچه نگیرید که سبب تولید بسیاری از امراض مزمن می‌باشد. شاید بی‌اغراق بتوان گفت که یبوست یکی از عواملی است که در ایجاد سرطان دخالت دارد. سرطان‌های معده، روده، رحم و سینه تا حدی به همین علت به وجود می‌آید.

یبوست همچنین موجب کولیت (ورم روده) می‌شود و شاید بسیاری از بیماری‌هایی که نام می‌بریم نیز به علت یبوست ایجاد گردد؛ آپاندیسیت مزمن، سلولیت، ورم پستان، ورم لوزالمعده، عرق کردن زیاد، دردهای عصبی، خستگی، سستی اعمال طبیعی بدن، ضعف قوای روحی و فکری، پیوره، سوء هضم، بوی بد دهان، تپش قلب، انحراف ستون فقرات، درد مزمن مفاصل، تلخی دهان، بی‌حوصلگی و بسیاری دیگر... شاید بتوان گفت یکی از علل شایع بیماری‌های کبد، معده و روده، وجود یبوست باشد و همین علت است که بیماران را به سوی طبیب می‌کشاند.

باید گفت یبوست نیز یکی از علل بیماری‌های روانی است. بدین لحاظ هر شخصی که به تندرستی خود علاقه‌مند است، باید به وضع مزاج خود توجه کافی بنماید.

عدم رعایت اصول بهداشت

سومین سببی که به نظر می‌رسد موجب نمو سرطان می‌شود، عدم رعایت اصول بهداشت است که به شرح آن می‌پردازم:

رعایت نکردن اصول بهداشت در محل زندگی ـ لابد تاکنون شما نیز به این مسئله توجه کرده‌اید و یا لااقل از آن مطلع هستید که زندگی در محل‌هایی که فاقد روشنایی کافی و تابش آفتاب و هوای پاک و زندگی بخش باشد، چه زیان‌هایی برای سلامتی دارد. یکی از این زیان‌ها مساعد نمودن بدن برای ابتلا به سرطان است.

گوشه‌نشینی و شکنی کردن در یک اطاق و خارج نشدن از آن نیز چنین است و می‌تواند بدن را مساعد ابتلا به بیماری سرطان نماید.

اغذیهٔ نامناسب ـ به طوری که در اروپا میان کشورهای مختلف آمار گرفته شده است به طور کلی در میان افراد کشورهای جنوب اروپا که کمتر گوشت مصرف می‌کنند، مبتلایان به سرطان کمتر است از کشورهای شمال اروپا، چون آلمان، انگلیس، سوئد، نروژ و هلند، به طوری که آمارها نشان می‌دهد در این کشورها گوشت زیاد مصرف

می‌شود. تجربیات و آمارگیری‌هایی که تاکنون به عمل آمده این حقیقت را روشن کرده است که رعایت رژیم‌های بهداشتی در تغذیه می‌تواند از بروز سرطان در بدن جلوگیری نماید.

در بحث‌های آینده خواهم گفت که چنانچه عامل ایجاد سرطان ویروس باشد، این ویروس در محیط مساعد قابل تکثیر و نمو است، در نتیجه باید گفت تا محیط مناسبی نباشد، ویروس و میکروب نمو نخواهد کرد. لذا رعایت رژیم غذایی درست در بدن ما محیطی که ویروس یا عامل سرطان‌زا بتواند رشد نماید، به وجود نخواهد آورد.

صفات ناپسند

شاید در اولین لحظه فکر کنید صفت بد و خوب، پسندیده و ناپسند چه ارتباطی به سرطان و ایجاد آن در بدن دارد؟

گرچه هدف من داستان‌سرایی نیست و به طور خلاصه مسائل را ذکر نموده، می‌گذرم؛ ولی اجازه بدهید تا در این باره نیز توضیحی داده شود. زیرا آنچه از نظر ما پزشکان ثابت شده این است که بسیاری از عوامل روحی و یا اختلالات روانی موجب بیماری‌های سخت می‌شود. بسیار دیده شده و شاید هم اگر در احوال کسانی که دچار سرطان شده‌اند کمی دقیق شوید و از زندگی و اخلاق آنان اطلاعاتی بیابید، می‌بینید کسانی که در زندگی دارای احساسات منفی از قبیل مالیخولیا، بدبینی، خشم، نفرت، حسد، اضطراب، هیجان و تأثر بوده‌اند و یا کسانی که برای هر چیز بیش از حد غُصه می‌خورند، دچار سرطان شده‌اند و سرطان در این گونه افراد بیش از دیگران پیشرفت داشته و سریع‌تر موجب مرگ و نیستی گردیده است.

اگر خوب توجه کنید و در اطراف خود بنگرید این موضوع در میان مردم شایع است که غم و غُصه موجب بیماری سرطان، سل، غم‌باد (گواتر)، زخم معده و بیماری‌های قلبی می‌شود و علم پزشکی نیز این موضوع را تأیید می‌نماید. چون وجود این احساسات موجب می‌شود که سموم بدن به خوبی دفع نشود و اعضای مدافع بدن دچار سستی گردند. ریه‌ها، کبد، طحال و به خصوص غدد مترشح داخلی دچار اختلال می‌گردند و گاه می‌شود که خیالات گوناگون و احساسات رنج دهنده موجب اضطراب ناگهانی و آشفتگی

و گرفتگی قلب می‌شوند و گاهی اوقات موجب توقّف بعضی اعمال حیاتی بدن می‌گردند.

در اثر اضطراب شدید، امیال تند، عصبانیت، غضب و یا تعجب، همچنین اندوه، افسردگی و ترس ناگهانی، وضع قلب به هم می‌خورد و ضربان آن مغشوش می‌گردد و موجب عوارضی چون، آریتمی، اکستراسیستول، تاکی‌کاردی و امثال آن می‌گردد. شخص احساس می‌کند که گلویش گرفته شده و دارد خفه می‌شود. هر چه نفس می‌کشد، آرام نمی‌شود و گاه شاید شما هم دیده باشید که وحشت خیلی شدید، اندوه، غم بزرگ ناگهانی ممکن است یکسره به زندگانی شخص خاتمه دهد. در این مورد بد نیست شما هم کمی به اطراف خود و به اخلاق و رفتار عمومی توجه کنید و آن وقت این حقیقت مسلم برای شما ثابت خواهد شد.

یک نکتهٔ دیگر را نیز نباید از نظر دور داشت؛ اینکه فقط احساسات خیلی شدید، حاکم بر اعمال جسمی و به وجود آورندهٔ بیماری‌ها نیست، بلکه شدت احساسات هر اندازه باشد، به همان نسبت بر اعضای بدن ما تأثیر گذاشته، موجب آزار و بیماری می‌گردد. اندوه، کسالت، غم‌خوری، ترس، اضطراب، حسد، خشم و کینه، در اعمال قسمت‌های داخلی و عروق و غدد ترشحی ما تأثیر مسلّم دارد.

هنگامی که اندوهگین، مضطرب و افسرده هستید به کُندی تنفس می‌کنید و ریه‌ها کار کردن را فراموش می‌کنند. در دنبالهٔ کسالت دماغی، عوامل اضطراب‌آور ممکن است تقریباً به فوریت دردهایی در کلیه‌ها تولید کنند و اغتشاشاتی در دفع ادرار به وجود آورند.

با کمترین احساس خجالت، مردمان خجول حس می‌کنند سرخی شرم چهره‌شان را فرا گرفته، در اثر ترس رنگشان می‌پرد و وقتی مردم می‌خواهند حالت کسی را که اندیشناک، مضطرب و مشوّش است بیان کنند، می‌گویند: «فلانی آدم بد گوشت یا بد خونی است.»

باید توجه کرد که احساسات ناصحیح ولو هر قدر ضعیف باشد کم‌کم شدت می‌گیرد و در اثر تحریکات روحی، در جسم آثاری از خود باقی می‌گذارند. این آثار و اختلالات به تدریج گردش خون، تنفس و اعضای تخلیه کننده و بالأخره مدافع بدن را به دو صورت تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. از یک طرف ناگهان یا به‌تدریج قوای اعصاب را ضعیف نموده و

آن را خسته و وامانده می‌کنند و از طرف دیگر سمومی را که تولید می‌کنند در اعضا متراکم می‌نمایند و شما را کم‌کم از پای در می‌آورند و یا بدن را آمادهٔ تسلط میکروب‌ها، بیماری‌ها و ویروس‌ها می‌سازند.

این احساسات نادرست است که اساس تندرستی شخص را ویران می‌کند و مطمئناً بیشتر از مرفین، الکل و یا یبوست شما را مسموم می‌نماید. خشم شدید یا وحشت بی‌اندازه با مستی شراب‌خوار یکسان است. مالیخولیا، ترس، اندوه طولانی، کینه، نفرت و تمام احساسات منفی از نظر بحثی که می‌کنیم ابداً اختلافی با یک بیماری چون گریپ ندارد. همین طور انسان حسود مانند کسی است که به واسطهٔ میکروب مُضر و سِمِجی به تدریج تحلیل رود و خود به خود تلف شود.

این حقیقت را باید قبول کنیم که چنین احساسات غلطی با سموم خطرناکی چون مرفین، الکل و توتون و یا امراض مُسری تفاوتی ندارد و همان گونه که بیماری‌های مُسری و سموم موجب بیماری می‌شود، این گونه بیماری‌های روانی نیز موجب بسیاری از بیماری‌ها می‌گردد.

از طرفی باید بدانیم که عصبیت، هیجان، بی‌حوصلگی، مالیخولیا، غیبت و عداوت، در عمل تنفس و گردش خون تولید اختلال می‌کنند و اعمال غدد مترشح داخلی و اعصاب سمپاتیک را فلج می‌نمایند. انسان مضطرب دارای چهره‌ای رنگ پریده و لاغر می‌باشد و همیشه عاجز از سرماست؛ زیرا، غدهٔ تیروئید و کبدش منظم کار نمی‌کند. روده‌ها تنبل است و عمل هضم به زحمت انجام می‌گیرد. تنفس ناقص است، خون به عوض اینکه سیال و قرمز روشن باشد، کثیف و چسبناک است و به این لحاظ تولید عوارض و ناراحتی‌هایی می‌کند. از طرفی دستگاه دفاعی بدن به خاطر وجود این سموم و میکروب‌ها محاصره می‌گردد و به تدریج قدرت دفاعی و نیروی فعالهٔ آن زائل می‌گردد. کلیه‌ها، کبد و لوزالمعده خسته می‌شوند؛ در نتیجه، نیروی بدن و قدرت روح و اراده کاهش می‌یابد و به تدریج نسج سلولی فاسد می‌شود و آمادهٔ پذیرش بیماری‌هایی چون سرطان می‌گردد.

عوامل خارجی

تمام عللی که تاکنون شرح دادم، تقریباً می‌توان گفت از عوامل داخلی به شمار می‌آمدند. ولی به نظر می‌رسد که عوامل خارجی و محیطی که دور تا دور ما را احاطه کرده است، در ما تأثیر داشته و می‌تواند در ایجاد بیماری مُؤثّر باشد. محیط و به‌طور کلی، آب و هوای هر نقطه در نمو سرطان نقش دارد؛ به طوری که در کشورهای شمالی اروپا سرطان خیلی زیادتر از کشورهای جنوب اروپا می‌باشد.

مسلم است که ما تحت نفوذ عوامل الکتریکی و مغناطیسی که خود از آنها بی‌خبر هستیم، واقع شده‌ایم و این یکی از مسائلی است که دانشمندان را به تکاپو واداشته تا حقیقت وجود عوامل خارجی را که در بروز سرطان مُؤثّرند، کشف و پیدا کنند.

کیفیت ظهور و بروز سرطان

یک اصل کلی و یک فرضیهٔ عمومی می‌گوید که همیشه تحریک محلی موجب می‌شود سرطان در نقطهٔ مخصوصی از بدن به وجود آید. چنانچه خوب دقت کرده باشیم می‌بینیم افرادی که دچار سرطان معده یا گلو یا پستان گردیده‌اند، بنا به سببی این نقاط بدن آنها تحریک شده است. مثلاً می‌بینیم که خانمی قبل از ابتلا به سرطان، ورم خیلی مختصر در پستان داشته و این همان نقطهٔ تحریک است که در نتیجهٔ عدم مراقبت بدین صورت درآمده و به وخامت گراییده است.

آیا این تحریک غده‌ای نتیجهٔ ضربه‌ای نیست که به آن وارد آمده است...؟

آیا این تورم ناشی از دملی که در موقع شیردادن در پستان بوده، نمی‌باشد...؟

ممکن است...!

اما خیلی به ندرت چنین عواملی ایجاد سرطان پستان می‌نماید و بسیار دیده شده است که یبوست نیز در تورم پستان نقشی دارد. بالأخره باید گفت سبب این نقطهٔ تحریک و یا این تورم هر چه باشد، یک موضوع مسلم است و آن اینکه این خانم ابداً به وخامت پستانش توجه نکرده، تا به صورت سرطان پیشرفته بروز کرده است.

حال اگر همهٔ خانم‌ها واقعاً دوراندیش باشند و تورم و ناراحتی را سرسری نگیرند و به پزشک مراجعه کنند، طبیعی است قبل از آنکه تورم تبدیل به سرطان شود و یا هستهٔ

سرطانی نمو نماید، درمان می‌شوند. دیگر نگرانی وجود نخواهد داشت و سرطانی در پستان نمو نخواهد کرد.

همچنین در مورد فردی که دچار سرطان معده شده است، اگر خوب توجه کنیم، می‌بینیم که این شخص قبلاً در معدهٔ خود تورمی داشته است که در اثر عدم مراقبت، زخمی در آنجا تولید گردیده است. حالا اگر این شخص دندان‌های خرابی داشته باشد و یا خیلی زود غذای خود را بخورد و یا چیزهای خیلی گرم بیاشامد و یا اغذیهٔ محرک (فلفل، خردل، الکل، زردچوبه) زیاد مصرف نماید و از دستورات پزشک تا بهبود کامل دقیقاً پیروی ننماید، طبیعی است که امکان سرطانی شدن معدهٔ او خواهد بود.

اینجا اجازه بدهید که روی سخنم با شما پدران و مادران باشد به خصوص بانوان و مادران گرامی. اگر برای فرزندان خود در زمانی که کودک‌اند، به جای افسانه‌های بی سر و ته و یا داستان‌های جن و پری که موجب ناراحتی‌های روانی کودکان می‌شود، از آداب غذا خوردن و مراقبت کردن دندان‌ها و مراعات سایر مسائل بهداشتی سخن بگویید و با زبانی شیرین و با محبت آنچه را برای سلامتی‌شان ضروری است یادآور شوید، طبیعی است که وضع آنها در بزرگی خوب خواهد بود و هیچ‌گاه دچار زخم‌معده و یا ناراحتی‌هایی که نام بردیم نمی‌شوند.

باز اگر دقت بکنیم به شخصی که دچار سرطان زبان گردیده است، می‌بینیم که زبان او پیوسته دچار تحریکات پی در پی بوده و دهان او از ترشحات چرک و فساد (پیوره) متعفن می‌باشد. اثر باقی‌مانده‌های غذایی بین دندان‌ها و فساد ریشهٔ دندان‌های کثیف و نامرتب و به علاوه وجود تحریکات دائمی توتون نیز همیشه موجب جراحت و تورم می‌شود. طبیعی است نتیجهٔ این عدم مراقبت و تحریکات نیکوتین عاقبتی جز بروز سرطان نخواهد داشت.

باید بگویم کسانی که معتاد به دود هستند، دهانشان را کاملاً مراقبت کنند و مرتباً به دندان‌ساز مراجعه نمایند و اگر دندانی خراب و مریض یافتند، ابداً سهل‌انگاری نکنند والاّ منتظر سرطان باشند. تقریباً همیشه فساد دندان و درد زبان که در کنار آن بروز می‌کند، با یکدیگر توأم است. معمولاً سرطان در کسانی که دندان‌هایشان را مراقبت نمی‌کنند دیده

می‌شود. پس دهان را صبح و شب با مسواک زبری تمیز کنید. اگر کسی در وضع معدهٔ خود و عمل دفع آن نظارت کند، دندان‌ها، بینی و لوزه‌هایش را مراقبت نماید، آهسته غذا بخورد و به کمترین احساس درد به نزد طبیب برود، نه تنها سرطان نخواهد گرفت بلکه اگر خدای ناکرده دچار این بیماری شود به خوبی درمان خواهد شد. زیرا این مرض زمانی هولناک است که دیر وقت به او برسند و دیر تشخیص دهند.

منبع سرطان

قبلاً در مقدمه گفتیم برای به وجود آمدن سرطان باید اول زمین خوب یا محیط مساعد و تحریک موضع و یا محل نمو سرطان و بالأخره یک دانه یا ویروس و یا هر عاملی که ایجاد سرطان کند وجود داشته باشد.

اجازه بدهید از این دانه یا عامل مرموزی که برای تولید سرطان ضرورت دارد و وجود منبع این بیماری وحشتناک است، صحبت نمایم. این عامل به طور تحقیق شناخته نشده است ولی همین قدر برای ما پزشکان متخصّص فن محقّق است که وجود دارد ولی تاکنون به چگونگی آن پی نبرده‌اند.

عده‌ای از دانشمندان وجود میکروب و مُسری بودن سرطان را انکار می‌کنند و چون میکروسکوپ‌های فعلی بشر هنوز نتوانسته است این باسیل یا ویروس سرطانی را کشف کند، از این لحاظ می‌گویند، چنین میکروب یا ویروسی وجود ندارد. ولی این عقیده تا اندازه‌ای به نظر مشکوک و تردیدآمیز می‌آید و شاید به تدریج منسوخ گردد. زیرا مسلم است که منبعی برای بروز سرطان وجود دارد. به مانند آن است که تا قبل از تکمیل میکروسکوپ و کشف پاستور، کسی نمی‌توانست میکروب‌ها را ببیند و قبول نماید که وسیلهٔ ابتلای به بیماری وجود موجودات ذره‌بینی به نام میکروب می‌باشد. در این صورت اگر قدرتِ دید و یا وسایل بینایی ما ناقص است، نمی‌توان وجود عاملی که ایجاد سرطان می‌کند رد نمود و یا آن را منکر شد.

باز اجازه بدهید از منشأ ارتباط یا سرایت این بیماری مطالبی به عرضتان برسانم.

فکر کنید که در هر روز چند هزار نفر مبتلا به سرطان در عالم مسافرت می‌کنند و فکر کنید که اگر سرطان یک نقطهٔ خارجی بدن را اشغال و آنجا را زخم و عرق و خون تراوش

کند، چنین بیماری که دائماً دستش متعفّن و آلوده است، در روز چقدر از اثاثیه و چیزها را لمس و آلوده می‌کند. چنانچه سرطان در داخل بدن، مثلاً در معده یا روده به وجود آمده باشد، تمام ترشحاتش که از راه مدفوع مریض دفع می‌شود و از راه‌های مختلفی وارد مجاری آب شهر می‌گردد. آن وقت فکر بفرمایید، اخلاط سینه، خون، آب دهان، اشک، عرق و ادرار در هر روز چند نفر را دچار می‌کنند و بالأخره خوب توجه کنید تمام اشیایی را که مریض لمس می‌کند از اسکناس‌ها و پول‌های خرد، دگمه‌ها، دستگیره‌های در، گوشی تلفن‌های عمومی، دستگیره‌های پلکان، دسته و میله‌های اتوبوس‌ها، ترن‌ها و تاکسی‌ها و غیره ممکن است دارای چه مقدار میکروب‌های سرطانی باشند.

تنها چیزی که مایهٔ امیدواری بوده و تا حدّی جلو سرایت و بیماری را می‌گیرد، آن است که میکروب‌ها به طور کلی فرّار هستند و نیز در هوای آزاد فوراً می‌میرند.

اما اگر خدای نکرده شخص مبتلا به سرطان نانوا (که متأسفانه در این صنف این بیماری تا حدی شایع است) یا عطّار، یا قنّاد و میوه‌فروش باشد، آن وقت متعجب نخواهید شد از اینکه ببینید در اغلب منازل و در بعضی نواحی یا محلاّت سرطان شیوع دارد و یا در افراد یک خانواده سرطان دیده می‌شود. زیرا متأسفانه ویروس یا عامل سرطان به افراد خانواده سرایت نموده و دیگران را نیز آلوده کرده است و در بسیاری مواقع اتفاق افتاده است که در یک منطقه سرطان شیوع یافته است که آن هم به علت سکونت خانواده‌ای مبتلا در آن ناحیه بوده است و ظرف مدت نامعلومی که شاید خیلی طولانی هم بوده است (دَه، بیست، سی‌سال) اکثر اهالی آن ایالت و منطقه مبتلا به سرطان شده‌اند.

شما و شاید بسیاری دیگر از مردم بدانید که میکروب حصبه (تیفوئید و پاراتیفوئید) در آب‌های آلوده به کثافات، چاه‌ها و کودها وجود دارد و مردم هم به بهانهٔ اینکه میکروب سرطان را ندیده‌اند، مُسری بودن این مرض را از راه آب‌ها انکار می‌کنند و از این حیث بی‌احتیاطی بزرگی مرتکب می‌شوند.

اگر چه وسایل امروزی، برای دیدن میکروب یا ویروس سرطان کافی نیست و عده‌ای فکر می‌کنند که شاید سرطان مُسری نباشد، ولی آیا این درست است که با این تخیّل‌ها

زندگی و سلامتی خود را دستخوش بیماری نماییم؟

اگر ما هنوز موفق به دیدن ویروس و عامل سرطان‌زا نشده‌ایم و اگر هنوز وسایل تحقیقی در این باره کامل نشده است، با این حال آزمایش‌های علمی مختلف و تجربیات و آمارهای مراکز علمی نشان می‌دهد که به طور کلی نمی‌توان مسئلهٔ مُسری بودن سرطان را نادیده گرفت و این اصل را باید همیشه به خاطر داشت که امکان سرایت همیشه وجود دارد. در این حال وظیفهٔ ماست که رعایت بهداشت و نظافت را بنماییم و از مصرف و آشامیدن مواد آلوده و آب‌های مشکوک و ناتمیز خودداری کنیم و هنگامی آب را بیاشامیم که مطمئن باشیم خالص و تمیز است و اگر در خلوص آن تردید نمودیم، باید آن را با صافی‌های مخصوص صاف و یا چند قطره آب ژوال در آن بچکانیم که تا حدی آن را صاف و عاری از میکروب و عامل سرطان‌زا نماید.

۱ـ قبل از هر کار هنگامی که می‌خواهید غذا یا چیزی میل کنید ولو آن را با قاشق و چنگال بگیرید، دست‌های خود را بشویید و این اصل را سرسری نگیرید.

۲ـ از دندان‌های خود خوب مراقبت کنید و از شستشوی آنها غفلت نکنید و بیماری‌ها و ناراحتی‌های دهان و دندان را بی‌اهمیت تلقّی نکنید.

۳ـ با مگس و حشرات به شدت مبارزه کنید، چه این حشرات نه تنها ناقل هزاران بیماری هستند، بلکه بعضی از حشرات چون سوسک وسیلهٔ سرایت سرطان شناخته شده است. پس، از آلوده شدن زندگی و مواد غذایی به وسیلهٔ این حشرات به شدت جلوگیری نمایید.

۴ـ گرد و غبار را بی‌اهمیت ندانید، بسیاری از بیماری‌ها به وسیلهٔ گرد و غبار ایجاد و سرایت شده است.

۵ـ از پاکیزگی آب و مشروبی که می‌آشامید مطمئن شوید. این یک اصل مهم در سلامتی است؛ بسیارند کسانی که به خاطر همین عدم توجه دچار بیماری‌های گوناگون و سرطان شده‌اند.

۶ـ غذایی که میل می‌کنید همان طور که سلامتی شما را تأمین می‌کند و نیروی زندگی به شما می‌دهد، ممکن است موجب بیماری و خدای نکرده سرطان در معده، روده

یا کبد شما شود. بدین لحاظ توصیه می‌کنیم در طبخ غذای سالم و پاکیزه دقت کنید و این اصل را به کسانی که مشغول طبخ غذا هستند و به خصوص آشپز خود تأکید نمایید.

چگونه باید از ابتلای به سرطان رهایی یافت؟

این سؤالی است که همه از پزشک خود و مراکز علمی و پزشکی می‌نمایند و همه می‌خواهند جلو این بیماری وحشتناک و مرگ‌آور را بگیرند... همه در پی راهی هستند تا آنها را از این مرض هولناک مصون دارد... این آرزوی همه است حتی پزشکان، می‌خواهند که بیمارانشان چنین بیماری وحشتناک و چنین عارضهٔ خطرناکی را نداشته باشند.

اما راه چاره کدام است...؟

و چگونه می‌توان از ابتلای به سرطان رهایی یافت...؟

و چه باید کرد تا دچار چنین بلای خانمانسوز نشد...؟

تنها چاره و راه پیشگیری یکی است و آن هم مراعات بهداشت.

اینکه گفته می‌شود رعایت بهداشت و حفظ نظافت و اینکه دین مبین اسلام رعایت نظافت را نشانهٔ ایمان دانسته است، مسئله‌ای است پُر ارزش و از نظر دنیای علم جالب و ارزنده می‌باشد.

رعایت نظافت و اصول بهداشت آن قدر مشکل و ناراحت کننده نیست.

با اجازهٔ شما، به طور خلاصه و ساده این اصول و این بهداشتی که رعایتش را توصیه می‌کنم بازگو نمایم:

در گذشته از ناراحتی‌های روانی، عصبانیت‌ها، اندوه و غُصه‌خوری صحبت کردم. اینک یادآور می‌شوم یکی از راه‌های جلوگیری از سرطان، داشتن روحیهٔ خوب، افکار خوب و عادات پسندیده است.

مسئلهٔ مهمی که باید یادآور شوم و شاید تاکنون افرادی اصلاً به این موضوع توجه نکرده باشند، چهار چیز خطرناک است که دست‌های ما دائم با آنها در تماس است: دستکش، جیب، اسکناس و کفش. شاید نخست تعجب کنید و یا فکر کنید اینها چه ارتباطی با سرطان و جلوگیری از آن دارد.

اجازه بدهید با ذکر چند کلمه موضوع را روشن کنم. معمولاً دیده‌اید که خانم‌ها، نان شیرینی (تازه یا خشک) را با انگشتانی که در میان دستکش‌ها پوشیده بوده است، لمس کرده و می‌گیرند و نیز معمولاً آقایان سیگار را با دست‌هایی که در جیبشان می‌کنند می‌گیرند. همهٔ ما روزانه چندین نوبت و مدت‌ها دست‌ها را در جیب خود می‌نماییم. و باز کسبه یا فروشندگان اغلب اسکناس کثیفی را که روزانه در دست هزاران بیمار و افراد مختلف گشته است، میان لب‌های خود می‌گذارند تا به حساب پرداخته و بقیهٔ وجه را بپردازند. و نیز هستند کسانی که با کفش‌های آلوده به همه جا می‌روند و غالباً این کفش‌ها را در آشپزخانه تمیز می‌کنند و گرد و خاکش را می‌گیرند.

حالا شاید تا اندازه‌ای قبول فرموده باشید که چرا این چهار شیء را خطرناک نامیدم.

در هر حال اگر اصل بهداشت و نظافت رعایت شود، خود به خود شما این کارها را نخواهید کرد و لااقل کمتر خواهید نمود. اگر من این مطالب را یادآور شدم نه از آن جهت بود که در شما ایجاد وحشت نمایم، بلکه خواستم راه‌هایی که ممکن است میکروب و ویروس یا عامل سرطان‌زا از آنجا انتقال یابد، برایتان بیان نمایم... البته محیط اطراف ما را بسیاری از میکروب‌ها و ذرات ذره‌بینی بیماری‌زا فراگرفته است. نباید این مطالب در شما ایجاد وحشت نماید، همین قدر که شما را شخصی تمیز و مرتب نماید، از بسیاری بیماری‌ها محفوظ خواهید بود و طبیعی است که از سرطان نیز مصونیت خواهید یافت. همان طور که قبلاً یادآور شدم برای به وجود آمدن سرطان، وجود عیب و آزردگی محلی و تحریک ناحیهٔ آزرده نیز باید وجود داشته باشد. حال اگر با رعایت قوانین صحیح، لااقل طوری رفتار کنید که یکی از شروط ذکر شده در شما به وجود نیاید، طبیعی است که موفق شده‌اید خود را از سرطان مصون و محفوظ بدارید.

نباید فراموش کنید که اگر کمترین به هم خوردگی مزاج و کوچک‌ترین اغتشاش در وضع حال شما پدید آمد و یا اگر بدون سبب لاغر شدید، چشم خود را نبندید و با خود نگویید «اهمیت ندارد» و یا «خودش خوب می‌شود»؛ بدون اندک تأخیری نزد پزشکتان بروید و از او بخواهید که اقدام به درمان و رفع ناراحتی شما بنماید.

باز اجازه می‌خواهم در اینجا چند کلمه راجع به پزشکتان یا پزشک خانوادگی صحبت

کنم. چه این مسئله برای سلامتی و زندگی هر شخص از ضروریات بوده و توجه‌نکردن به آن باعث بیماری‌های زیادی می‌شود. اینکه می‌گویم پزشک خانوادگی یا پزشکی که از حال و وضع شخص مطّلع باشد، به این دلیل است که وقتی طبیب می‌تواند بیمار خود را خوب درمان کند و او را تحت کنترل و بررسی قرار دهد که بدن شخص پیوسته در معرض معاینهٔ یک نفر پزشک قرار گیرد و از نقاط ضعف، نیروی دفاعی، قدرت قلب، دستگاه تنفس و منظم بودن دستگاه گوارش، فعالیت و وضع جریان خون وی به خوبی مطلع باشد. البته تشخیص دادن مرض توسط چنین پزشکی خوب صورت می‌گیرد. و همین آشنایی شما به معالجات و معاینات پزشک و اطمینانی که به او دارید، شما را زودتر درمان می‌نماید تا اینکه برای اولین بار نزد طبیبی بروید.

مرض مرموز

سرطان بیماری مرموز و یا «آب زیرِکاهی» است. چه این بیماری مرگ‌آور متأسفانه «مخفیانه» توسعه می‌یابد و بدبختانه در آغاز بروز و به وجود آمدنش هیچ دردی ندارد، در حالی که فقط در این هنگام درمان پذیر می‌باشد و در این موقع چنانچه کوبیده شود، دیگر بروز نخواهد کرد...

کوشش من بر این است که شما را با علائم این بیماری در مراحل اولیه آشنا سازم و به امید خدا و با ایمانی که به ذات یکتایی او دارم و ایمانی که به اثر ثمربخش این مطالب دارم، شاید بتوانم بسیاری از کسانی که این رساله و یادداشت‌ها را مطالعه می‌کنند نجات دهم و زندگی و آیندهٔ آنان را از تباهی و درد و رنج، به سلامتی و شادی و سعادت برسانم. این آرزوی من است و از خداوند مهربان در این راه و در راه نجات شما خوانندگان یاری می‌جویم.

به طور کلی شما باید به این موضوع توجه بفرمایید که هرگاه کوچک‌ترین انحراف یا اختلال در اعمال طبیعی اعضای بدنتان حس کردید، دقت کنید و خودتان را در معرض معاینه‌های پزشکی قرار دهید. اگر مثلاً می‌بینید که بسیاری از بانوان دچار سرطان رحم می‌شوند، به خاطر عدم توجهی بوده است که به وضع عادت ماهیانه و حالت زنانگی خود داشته‌اند و به تکرار خونریزی (رگل) و دردهای ماهیانه اهمیت نداده‌اند. اگر بعضی مواقع

می‌بینید که عده‌ای دچار سرطان رودهٔ مستقیم شده‌اند و یا این بیماری توسعه یافته است، برای این است که مریض ناراحتی‌هایش را ساده می‌انگارد و خیال می‌کند فقط به ورم روده یا بواسیر دچار شده است. در این موارد، اگر مرض به طور دقیقی تشخیص داده نشود، به علت آن است که مریض از نشان دادن خود به طبیب خودداری کرده و یا خود را به طبیب حاذقی نشان نداده است.

اصل تشخیص و درمان بیماری و به خصوص سرطان، با بیمار است. اوست که زودتر به طبیب مراجعه می‌کند و باز اوست که حقیقت بیماری خود را به پزشک می‌گوید و اوست که خود را برای معاینات دقیق در اختیار پزشک می‌گذارد. توصیهٔ من به شما خوانندهٔ عزیز این است که هیچ وقت از پزشک حقیقت را مخفی نکنید و درد خود را هر نوع که باشد با پزشک خود درمیان گذارید.

اجازه بفرمایید باز به موضوع پزشک خانوادگی باز گردم. زیرا خیلی‌ها می‌گویند چرا به جای مراجعه به متخصّص به پزشک خانوادگی مراجعه کنیم؟ این درست است، اما نباید فراموش کرد که پزشک متخصص برای درمان بیماری نیازمند رسیدگی به وضع و حال شما چه در گذشته و چه در حال می‌باشد، تا تشخیص دهد که چرا وضع شما رو به وخامت گراییده. اگر شما با مشورت پزشک خود که با سابقهٔ شما آشناست، به متخصص رجوع کنید و یا به راهنمایی او نزد متخصّصی بروید، بهتر و زودتر درمان خواهید شد. زیرا پزشک خانوادهٔ شما وضع جسمی و قدرت قلب و سایر اختصاصات شما را به پزشک متخصص خواهد گفت. جراح و یا پزشک متخصّص هر قدر بصیر و آزموده باشد، نمی‌تواند حوادث زندگی شما را تماماً حدس بزند و البته پزشک شما بهتر از خودتان می‌تواند شرح احوالتان را برای وی توضیح بدهد. باید مابین پزشک و متخصّص روابطی برقرار باشد تا اینکه بهتر بتوانند با قدرت فکر و علم یکدیگر بیماری شما را درمان کنند.

سرطان چگونه درمان می‌شود؟

گرچه در این بخش و در این گفتار نبایستی از درمان و طُرُق مداوای این بیماری سخنی گفته شود، ولی بد نیست به طور مختصر مطالبی برای آشنایی شما یادآور شوم.

به طور کلی از چهار راه و به چهار طریق سرطان را درمان می‌کنند:

۱ـ درمان شیمیایی یا بیولوژیک
۲ـ به وسیلهٔ عمل جراحی
۳ـ به وسیلهٔ اشعهٔ ایکس (رادیوتراپی)
۴ـ به وسیلهٔ رادیوم و مواد رادیواکتیو

مدت‌هاست که پزشکان و دانشمندان علم پزشکی، در پی یافتن داروها و وسایل درمانی هستند و بسیاری داروها نیز کشف شده و مورد استفاده قرار گرفته است و البته بعضی تا حدی جلو فعالیت بیماری را گرفته است. به نظر می‌رسد که مفیدترین درمان‌های طبّی، درمان بیولوژیک است که به وسیلهٔ تزریق واکسن‌ها و سرم‌ها با این بیماری مبارزه می‌شود.

یادآوری یک نکته ضرورت دارد که انتخاب نوع درمان و مبارزه با بیماری به دست من و شما نیست. این در اختیار پزشک معالج است که او هم پس از آزمایش نسج‌شناسی و تعیین نوع سرطان و سلول‌های آن درمان خاصی را انتخاب می‌نماید. البته باید بیمار بدون اعتراض به رأی پزشک تسلیم شود؛ زمانی پزشک عمل جراحی را تجویز می‌نماید و دستور می‌دهد که غدهٔ مشکوک به سرطان را خارج نمایند. زمانی درمان با اشعهٔ‌ایکس یا رادیوتراپی را مُؤثّر می‌داند و وقتی پیش می‌آید که از رادیوم استفاده می‌کند و زمانی ممکن است که پزشک و جراح از هر سهٔ این وسایل برای نجات جان بیمار استفاده نمایند و حتی تزریق سرم و واکسن را نیز همراه سازند. با این وسایل و امکاناتی که روز به روز بیشتر در دسترس پزشکان است، یک متخصص به خوبی می‌داند چگونه سرطان را درمان کند و از حوادث خطرناک و اتفاقاتی که ممکن است پیش آید جلوگیری نماید.

به طور خیلی ساده عرض کنم، فرض کنیم کسی سرطان زبان داشته باشد، ابتدا جراح مرکز و غدهٔ سرطانی را خارج می‌نماید و بعداً در صورت لزوم سوزن‌های رادیوم را به بدن مریض تزریق می‌کند. این اعمال به زودی موجب بهبود و رفع ورم می‌شود و بالأخره متخصّص برای جلوگیری از بروز و ظهور مجدّد بیماری از اشعهٔ ایکس استفاده می‌کند و اشعه را در نقاط مشکوک و مورد نظر می‌تاباند تا اگر چند سلول سرطانی توانسته‌اند از نوک چاقوی جراح و اثر سوزن رادیوم فرار کنند، معدوم گردند و به کلی آثار سرطان را از

بین ببرند.

باز تکرار می‌کنم که نمی‌توان برای هر سرطان درمان خاصی را تجویز کرد، مگر پس از معاینه و آزمایش‌های میکروسکوپی نسج‌شناسی که نوع سرطان را معین سازد. در هر صورت با وجود چنین امکاناتی می‌توان گفت سرطان آن طور که مردم فکر می‌کنند و می‌ترسند، وحشتناک نیست و می‌توان از شرّ آن نجات یافت. اما نباید فراموش کرد که این خود بیمار است که باید در فکر درمان و نجات خود باشد.

سکتهٔ مغزی
(*STROKES*)

زمانی تصور می‌شد که فقط از طریق روش‌های کلینیکی، می‌توان علت اختلالات عروقی مغز را که سبب یک نقص نورولوژیک حاد می‌گردند پیش‌بینی کرد و دریافت که آیا این اختلالات عروقی به علت ترومبوز مغزی می‌باشند یا خونریزی مغزی و یا آمبولی؟ و همچنین محل آسیب عروقی را می‌توان تنها از طریق روش‌های کلینیکی دقیقاً توجیه کرد. ولی اینکه این تصور در حقیقت ممکن نیست؛ از طریق مطالعات پس از مرگ و آرتریوگرافی مغزی در بیماران دچار حمله، به حد کافی نشان داده شده است و به خصوص به جای مفهوم ترومبوز مغزی، اکنون انفارکتوس با علت غیر از آمبولی به کار برده می‌شود. بیماری‌های مسدود کنندهٔ آتروماتوز، برجسته‌ترین ضایعهٔ شریانی می‌باشند، ولی اغلب توسط آرتریوگرافی، هیچ انسداد رگی نشان داده نمی‌شود و گاهی وجود آتِروم (تودهٔ ضخیم‌شدهٔ سرخرگ) در نقاطی از شریان‌های کاروتید و ورتبرال که بیرون از جمجمه باشند، مسئول بروز حمله هستند.

یک اختلال عروقی ناگهانی ممکن است منجر به آسیب دیدن قسمتی از مغز گردد ولی اصولاً، بروز ناگهانی همی‌پلژی (نیم‌فلجی) با شدت‌های متفاوت دیده می‌شود.

مسائلی که عملاً در روبه‌رو شدن با چنین بیماری مطرح می‌باشند، عبارت‌اند از:

- اگر مقدور باشد، ماهیت اختلال عروقی مغز بررسی و مشخص بشود.
- علل عروقی از علل غیر عروقی که باعث به وجود آمدن نفس نورولوژیک به طور حاد گشته‌اند، افتراق گذاشته شود.
- تصمیم‌گیری در مورد تعیین هر نوع درمان اختصاصی که ضرورت داشته باشد.

اختلالات اساسی عروق مغز

همان طور که قبلاً گفته شد، الآن مشخص شده است که نمی‌توان صرفاً با استفاده از

روش‌های کلینیکی، به آسیب‌شناسی عروقی که باعث حمله در شخص گشته‌اند، پی برد و آن را تشخیص داد. علی‌رغم این مسائل، در مورد خونریزی مغزی، آمبولی و یا انفارکتوس با علت غیر از آمبولی، می‌توان با در نظر گرفتن دقیق و زیرکانهٔ اشکال مخصوص هر کدام، به وجود یکی از این حالات وقوف پیدا کرد:

۱ـ خونریزی مغزی

معمولاً وقوع آن ناگهانی است و همراه با سردرد و استفراغ و اغلب از بین رفتن هوشیاری می‌باشد. نشانه‌ای که تقریباً به طور ثابت همراه با بیماری دیده می‌شود، هیپرتانسیون (افزایش فشار خون) است.

هنگام بروز حمله، امکان دارد شخص دچار تشنج بشود. تنفس آهسته و توأم با خُرخُر، معمولاً نشان دهندهٔ یک خونریزی بزرگ داخل مغزی بوده و وقتی که سفتی و سختی گردن وجود داشته باشد، علامت پاتوگنومونیک خونریزی مغزی است. اغلب حال بیمار به سرعت رو به وخامت می‌رود و مناطق عصبی گرفتار شده، خارج از انشعابات شریان منحصر به فرد است.

۲ـ آمبولی مغزی

در اینجا نیز بروز حمله ناگهانی است، اغلب بیمار نسبتاً جوان است و منبع اولیهٔ احتمالی آمبولی وجود دارد. (به طور شایع، فیبریلاسیون دهلیزی همراه با تنگی میترال و یا ترومبوز با منشأ آندوکارد که متعاقب انفارکتوس میوکارد می‌باشد.) از بین رفتن هوشیاری معمول نیست. سیر رو به بهبود سریع است و مناطق عصبی که گرفتار شده‌اند در داخل محدودهٔ یک شریان منحصر به فرد است.

۳ـ انفارکتوس با علت غیر از آمبولی

اگر چه اکنون معمول‌ترین علت حملات سکتهٔ مغزی همین مسئله است، ولی تشخیص باید قطعی باشد و از طریق تفکیک سایر علل سکتهٔ مغزی انجام گیرد و علائم خونریزی مغزی و آمبولی وجود نداشته باشد.

اغلب بیمار سنین متوسط را پشت سر گذاشته است و امکان دارد از نظر بالینی وجود آتروماتوز شریان‌های بزرگ در گردن، تأیید شود. (ضربان کاروتید نامساوی و با وجود یک صدای سوفل مانند روی شریان‌های ورتبرال یا کاروتید) همچنین ممکن است وجود بیماری آتروماتوز در هر جای دیگری نیز معلوم شود (مثل، بیماری مسدود کنندهٔ شریان‌های محیطی، بیماری شریان‌های کرونر). عوامل مساعد کننده شامل پلی‌سیتمی و دیابت ملیتوس می‌باشند. اگر چه ممکن است این نوع از حمله در زمینهٔ کاهش فشارخون باشد، ولی گاه به گاه هیپرتانسیون (بالارفتن فشار خون) همراه با این حادثه است.

وقتی که یک خانم جوان دچار این حمله می‌گردد، ممکن است مربوط به مصرف فراورده‌های خوراکی ضد حاملگی باشد. این نشانه‌ها، همراه با یافته‌های پونکسیون لومبر (کشیدن آب نخاع) در جدول خلاصه شده‌اند:

اشکال بالینی و مایع مغزی ـ نخاعی که به تشخیص و افتراق بین این سه عارضه کمک می‌کند: خونریزی مغزی، آمبولی مغزی و انفارکتوس با علت غیر از آمبولی

	خونریزی سربرال (مغزی)	آمبولی سربرال (مغزی)	انفارکتوس با علت غیر از آمبولی
اشکال بالینی	بروز شدید حمله با سردرد و استفراغ و معمولاً از بین رفتن هوشیاری؛ حال بیمار به سرعت رو به بدتر شدن می‌رود. با هیپرتانسیون همراه است. ساختمان‌های عصبی که گرفتار می‌شوند، خارج از انشعابات یک شریان منفرد می‌باشند.	بروز حمله ناگهانی و بیمار اغلب نسبتاً جوان است. هوشیاری به ندرت از بین می‌رود؛ منشأ و احتمال آمبولی وجود دارد. تمایل به بهبود سریع، دیده می‌شود. ساختمان‌های عصبی که گرفتار می‌شوند، در محدودهٔ یک شریان منفرد می‌باشند.	بیمار سنین متوسط را پشت سر گذاشته است. منشأ آمبولی آشکار نیست. گاهی شواهدی دال بر وجود بیماری‌های آترومatوز شریان‌های گردن وجود دارد.
مایع مغزی ـ نخاعی	گاهی خون‌آلود و دارای فشار زیاد.	مایع پاک و صاف و فشار طبیعی است.	مایع پاک و صاف و فشار طبیعی است. زمانی که انفارکتوس نزدیک به قشر مغز باشد، از نظر میکروسکوپی تعداد کمی گلبول‌های سفید ممکن است دیده شود.

تشخیص

علل غیر رایج «حملات»

اگر چه بیماری‌های مسدود کنندهٔ آتروماتوز شریانی، بزرگ‌ترین علت انفارکتوس با منشأ غیر از آمبولی هستند؛ ولی دیگر احتمالات عبارت‌اند از سیفیلیس مننگوواسکولر، پلی‌سیتمی و یا یک نوع (آرتریت Arteritis). غالباً انفارکتوس میوکارد بدون درد باعث بروز حمله است و همچنین ممکن است چند ساعت یا چند روز پس از یک خونریزی حاد معده‌ای ـ روده‌ای شخص دچار انفارکتوس با منشأ غیر از آمبولی گردد. (علت این انفارکتوس پاره‌ای تغییرات در مواد اصلی خون است تا اینکه هیپوتانسیون موقت.)

اگر هیچ منشأ آمبولی دیگری آشکار نبود، باید آندوکاردیت نیمه حاد باکتریال را همیشه در نظر گرفت و چنانچه حملهٔ ناگهانی در شخصی رخ دهد که دارای یک سوفل قلبی و تب کمی است، کشت خون اجباری می‌باشد.

مننژیسم (تحریک مننژ)، شکل بارز آنوریسم مغزی پاره شده است، ولی گاهی ممکن است علامت برجسته، نقص نورولوژیک موضعی باشد.

کمک‌هایی برای افتراق بین خونریزی مغزی، آمبولی و انفارکتوس با علت غیر از آمبولی:

الف ـ پونکسیون لومبر

پونکسیون لومبر (کشیدن آب نخاع) اصلاً در تمییز دادن حملات در اثر خونریزی و انفارکتوس‌ها مفید است. وجود خون در مایع مغزی نخاعی، حتی با مقادیر میکروسکوپی قطعاً نشان دهندهٔ خونریزی داخل جمجمه است. متأسفانه حدود ۲۰ درصد از بیمارانی که دچار خونریزی مغزی شده‌اند، دارای مایع مغزی نخاعی خون آلود نیستند، گرچه فشار C.S.F معمولاً بالا رفته است. خون آلود بودن C.S.F معمولاً به عنوان نشانهٔ آمبولی مغزی یا انفارکتوس با منشأ غیر از آمبولی نمی‌باشد.

ب ـ اکوآنسفالوگرافی

استفاده از اولتراسوند (فراصوت) یک روش (غیرتهاجمی Non-Invasive) است و از

آن برای تأیید میزان تغییر مکان از خط وسط استفاده می‌شود. اگر چه به منظور تشخیص افتراقی خونریزی مغزی با انفارکتوس این روش تا حدودی کمک می‌کند، ولی ارزش اصلی آن در این می‌باشد که مواقعی ممکن است یک هماتوم (زیر سخت شامه‌ای Subdural) یا تومور داخل جمجمه با علائمی نظیر یک حملهٔ عروقی باشد که با استفاده از روش اکوآنسفالوگرافی می‌توان از نظر کلینیکی شکّی را که وجود دارد بررسی کرد.

ج - Computerized Axial Tomoraphy (CAT Scan)

با استفاده از این روش می‌توان به راحتی بین انفارکتوس مغزی، خونریزی، آبسه و تومور فرق گذاشت. کلاً استفاده از این طریقه در مواقعی است که در بیمار احتمال وجود یک عامل غیر عروقی می‌رود که باعث بروز حمله شده است.

حالاتی که امکان دارد شبیه حملات باشند.

اگر چه به ندرت در تشخیص یک حمله مشکل به وجود می‌آید، ولی تومورهای مغز (اولیه یا ثانویه) گاهی می‌توانند باعث بروز حاد یک نقص نورولوژیک بشوند، که معمولاً به علت خونریزی درون یک کیست یا ضایعهٔ نکروتیک است و یا در اثر فشار ناشی از تومور و انفارکتوس وریدی می‌باشد.

اشکالی که نشان‌دهندهٔ یک همی‌پلژی ناگهانی در اثر تومور هستند، عبارت‌اند از:

- وجود ادم پاتی در مراحل اولیهٔ ناراحتی.
- بالا بودن پروتئین C.S.F (و نبودن لکه‌های خون)
- وجود یک تومور اولیه در هر جایی از بدن

حتی در مواردی که در گذشته سابقهٔ ضربهٔ سر وجود نداشته باشد، باید هماتوم Subdural در نظر گرفته بشود، چون احتمال بهبود آن با عمل جراحی امکان‌پذیر است.

اگر شدت همی‌پلژی بیشتر از اختلال هوشیاری باشد، احتمال هماتوم Subdural نمی‌رود. ولی اگر هرگونه شکی وجود داشته باشد باید بیمار برای بررسی‌های کامل از نظر جراحی اعصاب فرستاده شود.

گاهی مشکل است که تشخیص داد آیا حمله‌ای که برای اولین‌بار پس از به زمین

افتادن مشاهده شده است، در اثر ضربهٔ مغزی بوده یا خود حمله باعث افتادن شخص به زمین گردیده است. عملاً، این مسئله در مقدمهٔ کار اهمیت کمی دارد. زیرا اگر آثار صدمه روی جمجمه مشهود باشد و یا در رادیوگرافی دیده بشود، بدون توجه به علت زمین افتادن، تمام اقدامات لازم ذکر شده را باید برای بیمار انجام داد. زیرا بیمار در خطر تمام عوارض قرار دارد.

در بیماری که دچار حمله گشته است و علاوه بر مسن بودن، داروی خوراکی هیپوگلیسمیک نیز مصرف می‌کند، احتمال وجود هیپوگلیسمی را حتماً باید در نظر گرفت. یک آبسهٔ مغز به ندرت علائمی شبیه به یک حادثهٔ عروقی مغز دارد.

از بحث بالا این طور نتیجه گرفته می‌شود که به محض ورود بیمار به بیمارستان هر چه زودتر بررسی‌های زیر را باید انجام داد:

۱ـ آزمایش کامل خون و E.S.R

۲ـ قند خون

۳ـ راکسیون (واسرمن Wassermann) یا معادل آن.

۴ـ E.C.G

۵ـ X - Ray قفسهٔ سینه و جمجمه.

۶ـ پونکسیون لومبر (مگر در صورت وجود ادم‌پاتی وسیع).

۷ـ E.E.G و CAT scan نیز در موارد انتخابی کمک می‌کنند.

اگر چه بررسی‌های فوق در هر موردی لزوم استفاده ندارد (مثلاً در مورد بیماران مسن که حادثهٔ عروقی مغز مراحل آخر خود را می‌گذراند)، با استفاده از این بررسی‌ها در صورت وجود بیماری‌های استحاله‌ای شریانی، اشتباه کردن در ضایعهٔ قابل درمان کم می‌شود.

رسیدگی به وضع بیمار

یک همی‌پلژی (فلج یک طرف بدن) شدید برای هر بیماری فاجعه است و به منظور محدود کردن آسیب عصبی، روش‌های زیادی در جهت تأمین و برقراری جریان خون مغز به کار برده شده است. متأسفانه، اگر هنگام پذیرش بیمار، حمله کاملاً توسعه پیدا

کرده باشد، هیچ کدام از روش‌ها به طور کامل مُؤثّر نیستند.

اگر بیمار بیهوش باشد، اولین کار ضروری باز نگه‌داشتن راه‌های هوایی و قرار دادن بیمار در وضعیت (نیمه‌دمر Semi-Prone) می‌باشد. سپس مراقبت‌های معمول برای بیمار بیهوش انجام می‌شود. مخصوصاً توجه به حالت هیدراسیون (جذب آب) بیمار، مراقبت از پوست و جلوگیری از بی‌اختیاری ادرار که در بیماران زن سوند متحرک و در مردان لولهٔ Paul گذاشته می‌شود. فیزیوتراپی قفسهٔ سینه و حرکات غیرفعال منظم در اندامی که فلج شده است، باید از وهلهٔ نخست شروع بشود.

داروهای ضد انعقاد

موارد استفاده از داروهای ضد انعقاد در بیماری‌های عروقی مغز کم و موارد عدم استفاده، خیلی زیاد است. موارد عدم استفاده عبارت‌اند از:

الف ـ موارد عمومی، مثل وجود یک زخم پپتیک، بیماری‌های کبد، نارسایی کلیه، یا داشتن زمینهٔ خونریزی.

ب ـ وجود هیپرتانسیون کنترل نشده.

ج ـ وجود هر گونه مدرکی دال بر وقوع حادثهٔ عروقی مغز در گذشته یا حال به علت خونریزی مغزی.

در حملاتی که به علت انفارکتوس با منشأ غیر از آمبولی هستند و کاملاً توسعه پیدا کرده‌اند، داروهای ضد انعقاد هیچ فایده‌ای ندارند. شرایطی که این نوع درمان مورد استفاده دارد:

- در خلال مرحلهٔ حاد آمبولی مغزی و همچنین به منظور کاهش میزان بروز حوادث دیگری در اثر آمبولی.
- به منظور محدود کردن پیشرفت و توسعهٔ یک حمله که به هنگام پذیرش بیمار، تصاویر بالینی آن هنوز در حال توسعه است.

تجویز داروهای ضد انعقاد مطابق روش درمانی استاندارد است، به طور نمونه، انفوزیون (تزریق آهسته) هپارین برای ۳۶ تا ۴۸ ساعت اول (۴۰۰۰۰ واحد هپارین به ۱ لیتر محلول دکستروز ۵ درصد اضافه شده و به مدت ۲۴ ساعت انفوزیون می‌شود.) در

همین زمان وارفارین شروع می‌شود (دوز اولیه ۴۰ـ۳۰ میلی‌گرم می‌باشد که پس از ۴۸ ساعت، با ۵ میلی‌گرم ادامه می‌یابد. مقادیر بعدی باید توسط اندازه‌گیری‌های مکرر زمان پروترومبین تنظیم گردد.)

باید تأکید کرد، از نظر مشکلی که در تشخیص دادن خونریزی مغزی از انفارکتوس به علت آمبولی یا غیر از آمبولی وجود دارد، حتی پس از بررسی‌های کامل، این نوع از درمان احتمال خطر دارد.

داروهای کاهش دهندهٔ فشارخون

استفاده از داروهای هیپوتانسیو (کاهندهٔ فشار خون) در موارد حاد به ندرت لازم است. مگر در مورد آنسفالوپاتی هیپرتانسیو که آن هم در مقایسه خیلی نادر رخ می‌دهد؛ در این صورت پایین آوردن فشارخون یک کار فوری است و معمولاً می‌توان از طریق تزریق آهستهٔ داخل وریدی ۵۰ میلی‌گرم لابتالول (ترانديت) به این منظور رسید. می‌توان این تزریق را در فواصل ۵ دقیقه تکرار کرد تا اینکه حداکثر با ۲۰۰ میلی‌گرم دارو، بیمار جواب مناسب و رضایت‌بخش بدهد. راه دیگر، استفاده از ائودمین دیازوکسید است که به مقدار ۳۰۰ـ۱۵۰ میلی‌گرم، توسط تزریق سریع داخل وریدی داده می‌شود و برحسب لزوم می‌توان حداکثر تا ۱۲۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت، دوز اولیه را تکرار کرد.

در مورد اینکه فشار خون پس از مرحلهٔ حاد انفارکتوس مغزی کامل، بالا می‌ماند یا نه و آیا باید بررسی‌های بیشتر و درمان برای آن انجام داد، می‌توان سر فرصت و بعداً تصمیم گرفت و اقدام کرد.

جراحی

به جز در موارد استثنای زیر، خیلی کم پیشنهاد می‌شود:

- وقتی که یک هماتوم داخل مغز به توسعه ادامه دهد که از طریق جذب مایع است و بنابراین به صورت یک ضایعهٔ فراگیر پیش‌رونده عمل می‌کند.
- خونریزی خود به خود در داخل مخچه، اگر چه این مسئله ممکن است از نظر بالینی مورد سوء ظنّ باشد، ولی تشخیص مشکل است و بررسی‌های رادیولوژیک عصبی ضرورت دارد.

حملات زودگذر شدید و ناگهانی

گاهی اتفاق می‌افتد که به خاطر ناراحت بودن از بروز یک حملهٔ ناگهانی و شدید، بیماری را به بیمارستان می‌آورند و قبل از ورود به بیمارستان یا کمی پس از آن، نقص و گرفتاری نورولوژیک در بیمار پیشرفت می‌کند.

این طور حوادث معمولاً به علت یک ایسکمی زودگذر در محدودهٔ شریان‌های کاروتید یا ورتبرو بازیلر است (نقاطی که توسط این شریان‌ها مشروب می‌شوند)، اگر چه علل دیگر که غیر عروقی هستند، مثل صرع موضعی نیز باید در نظر گرفته شوند.

رایج‌ترین علت حوادث ایسکمیک زودگذر، که اغلب عود می‌کنند، بسته شدن موقّت یک شریان انتهایی توسط پلاکت یا لختهٔ آمبولی می‌باشد که منشأ اینها، پلاکت‌های آتِروم زخمی شده در شریان‌های کاروتید یا ورتبرال است. بررسی‌های لازم و درمان (توسط داروهای ضد انعقاد، داروهایی که چسبندگی پلاکت‌ها را تغییر می‌دهند و یا عمل جراحی روی عروق بزرگ) در چنین حملاتی یک اورژانس پزشکی نیست، ولی در ضمن نباید بی‌مورد تأخیر کرد. زیرا ممکن است این حملهٔ زودگذر، مقدمهٔ شروع یک اختلال خیلی شدیدتر عروقی مغز باشد. باید توجه داشت که علاوه بر میکروآمبولی، علل بسیار دیگری نیز باعث حملات ایسکمیک زودگذر می‌گردند؛ این علل همراه با نکات کمکی در جدول خلاصه شده است:

علل حملات ایسکمیک زودگذر

علل	نشانه‌های مفید تشخیصی
۱ـ حوادث هیپوتانسیو، مثل انفارکتوس میوکارد یا آریتمی پاروکسیسال	۱ـ سابقهٔ تپش قلب یا درد قفسهٔ سینه. E.C.G غیرطبیعی
۲ـ فشارخون پاروکسیسال	۲ـ در طول حمله، فشارخون بالا می‌رود.
۳ـ انسداد زودگذر شریان‌های ورتبرال همراه با بیماری‌های دژنراتیو (استحاله‌ای) نخاع گردنی.	۳ـ با چرخش یا اکستانسیون گردن سکته بروز می‌کند که باید از نخاع گردنی عکس گرفته شود.
۴ـ آنمی یا پلی‌سیتمی شدید.	۴ـ توجه به ظاهر مخاطها، آزمایش کامل خون.
۵ـ انسداد شریان (زیر چنبری Subclavian) قبل از جدا شدن شریان ورتبرال، که در نتیجهٔ آن مسیر جریان خون شریان ورتبرال معکوس می‌شود.	۵ـ فشارخون در دو بازو متفاوت است. حملات سکتهٔ مغزی با استفاده کردن از بازوها همراه است.
۶ـ آمبولی عود کنندهٔ مغزی همراه با بیماری‌های روماتیسمی قلب	۶ـ وجود فیبریلاسیون دهلیزی یا دیگر آریتمی‌ها. وجود تنگی میترال.
۷ـ میگرن	۷ـ سر درد شدید یک طرفه. سابقهٔ سردردهای مشابه در گذشته با اورای تیپیک میگرن.

سوء هضم شیرخواران

این مرض در شش ماه اول زندگی بیشتر بروز می‌کند ولی اگر شیر تنها غذای طفل باشد تا دو سالگی آن را مشاهده می‌کنیم. سوء هضم ساده کاملاً مربوط به تغذیه با شیر گاو است، چه نزد بچه‌هایی که بر شیر آنها آرد می‌افزایند یا از پستان مادر شیر می‌خورند، چنین عارضه‌ای هیچ وقت دیده نمی‌شود. به اضافه با حذف کردن شیر گاو علائم آن فوراً برطرف می‌گردد. این علائم منحصراً تغییراتی است که در مدفوع طفل رخ می‌دهد.

مقدار مدفوع زیاد، رنگ آن زرد کم رنگ (حتی سفید رنگ) و نسبتاً خشک است. از این جهت آن را Sallgma می‌نامند. این مدفوع دارای بوی عفونت شدید آمونیاک است و اگر آن را با کاغذ تورنسل امتحان کنید خواهید دید قلیایی است. دفع آن دردناک است و نشمین‌گاه کودک را مجروح می‌نماید به آن (مدفوع صابون Sellesdesavon) نیز نام نهاده‌اند. زیرا ۴۷ درصد (به جای ۱۸ درصد) چربی به صورت صابون‌های کلسیم منیزی است و چون این مواد غیرقابل حل است لذا مدفوع این اندازه خشک است و به مدفوع حیوانات بی‌شباهت نیست. در این حالت، اسهال موجود نیست، به عکس یبوست شدید بیشتر مزاحم است و گاهی استفراغ بر آن مزید می‌گردد. ضمناً اشتها روز به روز کمتر شده، رشد نامنظم می‌گردد. بعد از اضافه شدن ۳۰ الی ۶۰ گرم در یک روز، منحنی وزن نزول سریعی کرده از میزان سابق پایین‌تر می‌آید و طبعاً طفل لاغر می‌شود. حال عمومی نیز اختلال هضم را به وضوح می‌رساند. طفل زرد و کم‌خون به نظر می‌آید. مع‌ذالک امتحان خون تنزل کلی در عدهٔ گلبول‌های سرخ نشان نمی‌دهد. بالا آمدن ناخن‌ها و خاصه پیدایش دندان‌ها دچار تعویق می‌شوند. طفل از بازی دست برداشته، صبور و ساکت در گوشه‌ای می‌نشیند. شب در سر و گردن طفل عرق بسیاری جمع می‌شود و شکم نفخ می‌کند. در امتحان، کبد نیز بزرگ به نظر می‌آید. بالأخره مقاومت طفل در مقابل امراض کمتر شده، به سهولت مبتلا به امراض جلدی یا گریپ و عوارض سینه می‌شود.

سیر این کسالت ساده، هرگاه مراقبت مداوم از کودک نشود، مزاحم و طولانی است. اگر طفل از چهار ماه کوچک‌تر و هرگاه دارای عفونت‌های مزمن دیگری باشد (مانند سیفیلیس موروثی یا سل) آن وقت نیز در پیش آگهی احتمال خطر علاج نشدن است.

برای برطرف نمودن این سوء هضم باید بدانید که علت ابتلای به آن چیست؟ همین که نزد طفلی که با شیر گاو تغذیه می‌کند، این دو علامت را دیدید؛ یکی رنگ پریدگی رخسار و دیگری نفخ شکم، از مادر تقاضا کنید که مدفوع طفل را به شما ارائه بدهد. آن وقت مدفوع خشک و سفید رنگ تشخیص شما را تأیید می‌کند.

این دشواری هضم شیر گاو مربوط به آن است که این شیر برای گوساله ترشح شده که رشدش از آدمیان به مراتب سریع‌تر است. نسبتِ $\frac{\text{چربی + پروتئین}}{\text{هیدرات دوکربن}}$ که در صورت آن، مواد لازم برای ساختمان نسوج بدن است و در مخرج آن قند که موجد حرارت و کار است، در شیر مادر، $\frac{۱}{۱/۲۰}$ در شیر گاو $\frac{۱}{۰/۵۴}$ می‌باشد.

گو اینکه عقاید راجع به تولید این سوء هضم یکسان نیست ولی مسلم است که علت اساسی آن کمی نسبی مواد قندی است یا به عکس ناسازگاری چربی و کازئین (پروتئین اصلی شیر) در شیر گاو. شاید بعضی از شیرخواران به این نقص مواد غذایی، حساسیت بیشتری نشان دهند و زودتر دچار عوارض هاضمه گردند.

به هر حال اصلاح آن ساده است. ولی قند تنها رفع نقیصهٔ رژیم غذایی را نمی‌کند؛ آرد باید بیشتر افزود. قبلاً بیان نموده‌ایم که هضم آرد به مقدار کم برای کودکانی سه چهار ماهه نیز مقدور است. ممکن است به محصولات صنعتی نیز متوسل شد. شیرهای خوب و مرغوب زودتر سلامت و رشد کودک را تأمین می‌نمایند. برای بیمار دو سه ماههٔ محروم از شیر مادر، در حقیقت راه حل‌های متعدد داریم؛ یکی شیر دایه است که عملاً از شیرهای دیگر باید صرف نظر نمود. دیگری شیر خشک است که در انتخاب آن باید متوجه بود شیر کم چربی باشد. حتی می‌توانید برای یک هفته از شیری ترش مزه که تمام کره از آن گرفته شده، به نام Babeurre، استفاده نموده بعداً رژیم غذایی مناسب را به تدریج تجویز نمایید. شیر دیگری در دسترس است که مخصوص آرد نیز هست و هضم آن را با کمی ماست تسهیل نموده‌اند و به نام Farinelactic در معرض فروش می‌باشد. این

شیر برای تغذیهٔ کودکان سه چهار ماهه و برای بهبود سوء هضم بسیار مناسب است.

بعد از ماه ۵ و ۶ درمان این کسالت باز سهل‌تر است. به کودک دستور سوپ سبزی و فرنی خواهید داد. طرز پختن فرنی را هر مادر فهمیده و حتی طبیب باید بداند تا چنانکه شایسته است به مادران جوان بیاموزد. یک قاشق مرباخوری آرد گندم یا برنج را در یک فنجان آب، یک ربع ساعت می‌پزند. سپس دویست گرم شیر با کمی نمک و شکر بر آن افزوده، پانزده دقیقهٔ دیگر روی آتش می‌گذارند. معمولاً شیرخواران آن را بسیار دوست دارند و اثر آن در برطرف نمودن سوء هضم سریع است.

فراموش نشود که در کلیهٔ عوارض هاضمهٔ شیرخواران باید جویای عفونتی حاد یا مزمن شد و هرگاه امتحان بیمار آن را نشان داد، همراه دستور غذایی، کسالت خارج روده را نیز باید علاج نمود. بالأخره اگر لاغری طفل زیاد و سریعاً در معرض آترپسی است، علاوه بر روش غذایی عاقلانه از تجویز سرم فیزیولوژیک و ویتامین‌های پُر سود و کم بها خودداری ننمایید.

سیاه سرفه

سیاه سرفه یک مرض مُسری و آزار دهنده و برای اطفال تا حدی مُهلک است. برای همهٔ مادران آشنایی به آن ضروری بوده و چارهٔ پیشگیری و درمان آن را باید بدانند.

غالب بانوان به علائم این بیماری آشنا هستند و عوارض آن را به خوبی می‌شناسند. هر مادری که یک بار دیده و شنیده باشد سُرفه‌های قطاری ویژهٔ سیاه سرفه است، می‌تواند به زودی هنگام بروز این بیماری در کودکش آن را تشخیص دهد.

با همهٔ اینها بد نیست بدانید که کودکان با اینکه دچار سرفهٔ شدید هستند، تب نمی‌کنند. صورت طفل پُف آلوده است و نیز کودک پس از سرفه پشت سر هم دچار رنگی تیره و سیانوزه (کبود) می‌شود. غالباً کودکان پس از سرفهٔ پشت هم دچار حالت قی شده و کف از دهان خارج می‌کنند.

علت بیماری

علت بیماری سیاه سرفه، میکروب یا باسیل آن است که باید هر مادر و پدر فهمیده کودکش را به موقع بر ضد این بیماری واکسینه نماید تا از ابتلا به آن جلوگیری شود.

حال اگر والدین به علت تعلّل و مسامحه به کودک خود واکسن نامبرده را تزریق نکرده باشند باید به مراتب زیر توجه کنند:

عواملی که در ایجاد سیاه سرفه بسیار مُؤثّر هستند:

- در زمستان و بهار بیشتر از مواقع دیگر کودکان دچار سیاه سرفه می‌شوند.
- باید در سنین بین ۲ تا ۵ سالگی مراقبت بیشتری از کودکان خود بنمایند. چه در این سنین است که بیشتر اطفال دچار سیاه سرفه می‌شوند. البته در همهٔ سنین و در همهٔ افراد سیاه سرفه دیده شده است، منتها در سنین طفولیت شدت بیماری زیادتر و قدرت دفاعی طفل کمتر و عوارض آن بیشتر خواهد شد.

نباید فراموش کرد که کودک مبتلا به سیاه سرفه را از سایر اطفال جدا نمود و آنان را از تماس این گونه اطفال بازداشت تا دچار این بیماری نشوند.

درمان ـ درمان اساسی این بیماری را باید پزشک انجام دهد. ولی این اقدامات در بهبود حال طفل و پایان پذیرفتن زودتر بیماری بسیار مؤثر است.

حرارت اطاق بیماران باید در حدود ۱۸ درجه باشد و در اطاق بخور طبی گذارده شود.

از دادن غذاهای سرخ شده و محرک به این گونه کودکان باید خودداری شود و غذا را پس از پایان یافتن سرفه‌ها باید داد. البته باید مقدار غذایی که به طفل می‌دهید کم بوده، ولی دفعات غذا بیشتر باشد.

البته داروهایی چون آنتی‌بیوتیک و شربت‌های مختلف را با نظر و تجویز پزشک خواهید داد. فقط می‌توانید برای آنکه طفل شب‌ها راحت بخوابد از قرص‌های لومینالت یکی شب و یکی صبح و یا $\frac{۱}{۲}$ قرص گاردنال شب و $\frac{۱}{۲}$ صبح به طفل بدهید. شیر برای این گونه اطفال بسیار خوب است.

سرب خطر بزرگی برای اطفال

مسمومیت سرب یکی از علل مهم بیماری در دورهٔ طفولیت است و حتی امکان دارد این مسمومیت به مرگ طفل منتهی گردد و یا نقیصهٔ فکری همیشگی در او ایجاد نماید.

البته از وقوع این بیماری می‌توان جلوگیری نمود. ولی متأسفانه اگر پزشک در ضمن معاینه مسمومیت سرب را در نظر نگیرد، تشخیص آن ممکن است به سهولت از دست برود.

مرحوم دکتر «هرالدژکانیر» که یکی از پزشکان برجستهٔ نیویورک بوده، همواره تأکید می‌نمود که تشخیص دادن مسمومیت سرب تا حد زیادی منوط به این است که پزشک تا چه حد در جستجو و پیداکردن آن سرسختی و جدیّت به خرج دهد و در حقیقت «جستجو کنید، خواهید یافت» همیشه شعار او بوده است.

متداول‌ترین منبع سرب همانا رنگ‌کاری‌ها و گچ‌کاری‌هاست و حتی اگر سرب را هم در این مواد به کار نمی‌بردند، باز موضوع مسمومیت تا مدت مدیدی از ما دست بردار نمی‌بود. تمام اطفال در یک مرحله از زندگانی خود عادت بر آن دارند که هر چه می‌بینند در دهان خود می‌گذارند. حتی بعضی اطفال یک اشتهای مفرط برای خوردن همه نوع مواد را دارند که اصلاً جزء مواد خوراکی نیستند. در حقیقت سابقهٔ پیکا (تمایل مفرط به خوردن چیزها و مواد غیرخوراکی) در اطفال مهم است. گرچه بعضی اوقات کشف آن دشوار به نظر می‌رسد، زیرا والدین آنها به چنین روشی که اطفالشان دارند به حدی عادت کرده‌اند که آن را یک روش غیرعادی و غیرطبیعی نمی‌پندارند. در حالی که غافل از آن هستند که اگر اطفالشان چیزی و موادی را بجوند که محتوی سرب باشد، جان آنها در معرض خطر قرار خواهد گرفت.

در خانه‌های کهنه ـ حتی اگر ظاهراً در وضع آبادی باشند ـ ممکن است که لبهٔ آستانهٔ درها و دریچه‌های آنها با ورقه‌های چندی از رنگ‌های مختلف پوشیده شده باشد و مقدار

سرب در رنگ‌های خشک شدهٔ آنها خیلی زیاد باشد. لذا طفل از ورقهٔ این رنگ‌ها که محتوی سرب هستند برمی‌دارد و دندان می‌زند و به تدریج مقدار قابل ملاحظه‌ای از این رنگ‌ها را خرده‌خرده در دهان می‌گذارد و می‌جود. اگر رنگ‌ها در حال ورقه کردن باشد که خطر آنها برای اطفال زیادتر می‌شود. زیرا می‌توانند به آسانی این ورقه‌ها را جدا کنند و بخورند. در شهر شیکاگو و توابع آن مشاهده گردیده که تقریباً هشتاد درصد از کودکان در نتیجهٔ مسمومیت سرب جان خود را از دست داده‌اند.

منبع دیگر این مسمومیت، اسباب و اثاثیهٔ اطاق اطفال است که در منازل دوباره رنگ تازه به آنها زده باشند. ممکن است مادر طفل به خوبی نداند که رنگ‌های محتوی سرب تا چه حد برای اطفال خطرناک است. به علاوه خاک و کثافت در شهر ممکن است محتوی پوسته‌های رنگ کهنه باشند.

در بعضی از قسمت‌های جهان مسمومیت سرب در فصل تابستان متداول‌تر از فصل زمستان است. این موضوع ممکن است در نتیجهٔ آن باشد که اطفال به رنگ‌هایی که در خارج منزلشان می‌باشد، دسترسی زیادتری دارند و یا در نتیجهٔ آفتاب که ویتامین D موجود را افزایش می‌دهد و بدین گونه سرب از روده جذب و داخل بدن می‌شود.

تشخیص

مسمومیت سرب نشانه‌هایی از خود نشان نمی‌دهد مگر اینکه آگاهی و تردید خیلی زیادی موجود باشد و یا اینکه کشف شود که طفل سابقهٔ پیکا دارد و منبع سرب کشف گردد. در مرحلهٔ ابتدایی یک دورهٔ بیماری مزمن در طفل پیدا می‌شود و سپس التهاب مغز یا تشنجات و استفراغ و هذیان و حالت اغما در او بروز می‌کند که منتهی به مرگ می‌گردد. در صورتی که دخول سرب به داخل معده حاد نباشد چنین وضعی هرگز پیشامد نمی‌کند. گرچه قبل از اینکه این وضعیت بروز کند، مسمومیت سرب ممکن است یک شکل دروغی از بسیاری امراض را به خود بگیرد که تشخیص آن را دشوار می‌سازد:

این بیماری شاید در وهلهٔ نخست علائمی از خود بروز ندهد و یا اینکه یک بیماری مبهم و غیرمشخص بوده باشد و نیز ممکن است که ظاهر یک کم‌خونی مقاوم به درمان و یا حالت فقر آهن را به خود بگیرد و در عین حال گاهی این بیماری با فقر آهن نیز همراه

است. کم شدن اشتها، استفراغ و دل درد ممکن است از جمله شکایت‌های عمدهٔ بیمار باشد.

علائم مربوط به دستگاه عصبی ممکن است زیاد دقیق باشد و خود را به صورت یک حالت کج‌خلقی و زود عصبی‌شدن و اختلال رفتار یا کندشدن پیشرفت فکر نمایان سازد.

تشخیص دادن بیماری ملایم‌تر مسمومیت سرب مشکل است؛ ولی، برآوردی از مقدار سرب در خون بیمار به کار تشخیص کمک می‌نماید. تذکر این نکته مهم است که والدین اطفال بایستی در مقابل خطرات پیکا کاملاً مواظب باشند و در منازل خود بازرسی دقیق بنمایند و مخصوصاً ببینند که روی رنگ‌کاری‌های کهنه علائم دندان‌زدگی از طرف بچه‌ها دیده می‌شود یا خیر.

این موضوع تا حدی مبهم و پیچیده است، زیرا بزرگسالان می‌توانند مقادیر زیاد سرب را که در اطفال سمی است، تحمل نمایند. چنین به نظر می‌رسد که طفل هر چه کم سن‌تر باشد مغز او بیشتر مستعد برای مسمومیت سرب باشد.

گرفتن عکس با اشعهٔ ایکس از نوک استخوان‌های بلند در زانو بعضی اوقات به تشخیص کمک می‌نماید و اگر طفل عادت به خوردن رنگ داشته است، پوسته‌های رنگ غالباً در رودهٔ او نمایان می‌گردد. در موقعی که بلع سرب مزمن باشد، آن سرب در استخوان‌ها جای می‌گیرد و احتمالاً تارهای نسبتاً تیره‌رنگی به روی عکس‌هایی که از استخوان‌های بلند گرفته شده مشاهده می‌گردد.

برای معالجهٔ این بیماری اولین اقدامی که می‌شود این است که طفل را از جاهایی که سرب در آنها موجود باشد، دور نگاه دارند و او را در بیمارستان بستری نمایند. در بیمارستان بایستی سرب را از مجرای معدی روده خارج نمایند. زیرا پوسته‌های رنگ می‌تواند برای مدت زیادی در روده باقی بماند و همچنین سرب را با وسایل مخصوص از خون و بافت‌ها بیرون کشند. در منازل و محیط اطراف آن باید جستجوی دقیقی به عمل آورده شود تا اطمینان حاصل شود که در آنجا سرب وجود داشته است و بعضی اوقات هم لازم می‌شود که خانواده به منزل دیگری انتقال یابند. اشتهای غیرعادی و غیرطبیعی اطفال برای دندان‌زدن و خوردن کثافات و رنگ ممکن است اختلال روانی در آنها ایجاد

نماید و در اینجاست که مشورت با روان‌پزشک ضرورت پیدا می‌کند. پیکا عارضه‌ای است که معالجهٔ آن خیلی دشوار می‌باشد و اگر اطفال را از مکان‌هایی که در آنها سرب باشد دور نکنند و یا آنها را از منابع سرب بر حذر ندارند، بازگشت مجدّد مسمومیت به دفعات زیادی اتّفاق می‌افتد.

در صورتی که چنین طفلی مبتلا به معایب عصبی (نِورالژی) یعنی بیماری مغزی و یا حملات ناگهانی و به خصوص حملات صرعی بوده باشد، معالجهٔ آن همیشه موفقیت‌آمیز نخواهد بود. در بین آنهایی هم که از مرگ جان به در برده باشند، تعداد زیادی گرفتار تشنجات و گهگیرهای صرعی و یا نقص فکری خواهند بود. اطفالی که شدت ابتلای آنها کمتر باشد معالجه در آنها مُؤثّر واقع می‌شود و البته باید مواظبت نمایند که آنها دیگر سرب نخورند.

اکنون رنگ‌هایی که برای دکوراسیون به کار می‌برند بایستی عاری از سرب باشد. در خانه‌های کهنه تقریباً به طور یقین رنگ‌های سرب‌دار وجود دارد و لذا تذکر و هشدار به والدین اطفال ضروری به نظر می‌رسد. سازندگان عروسک‌ها و اسباب بازی‌ها نیز باید از خطرات رنگ‌های سربدار آگاه باشند. بدون شک بهترین طریق معالجهٔ مسمومیت سرب این است که از همان مرحلهٔ اول از وقوع آن جلوگیری نمایند.

سنگ‌های ادراری

آیا سنگ‌های ادراری با دارو درمان می‌پذیرند؟

با درمان طبی پزشکِ کاردان می‌توان مسیر برخی سنگ‌های ادراری را تغییر داد. از این رو در مقابل تمام سنگ‌ها باید تشخیص بیوشیمی دقیقی به عمل آید.

۱ـ سنگ‌های اوریک ـ یک سنگ اسید است و از نظر بیوشیمی سه طریقهٔ درمان به طور قابل ملاحظه‌ای مؤثّر می‌افتد: قلیایی کردن ادرار، استعمال برخی مواد حل کنندهٔ اسیداوریک و افزایش دفع ادرار.

مادهٔ قلیایی کننده‌ای که اینجانب آن را ترجیح می‌دهم، سیترات سدیم با پتاسیم است. اکثراً ۳ گرم سیترات سدیم با پتاسیم برای نگه‌داشتن PH ادرار بین ۵/۸ تا ۶/۵ کافی است و به ندرت لازم می‌شود که این مقدار را به ۵ تا ۶ گرم برسانند. اثر قلیایی کنندهٔ این ماده ۳ تا ۵ ساعت طول می‌کشد. آب لیمو نیز قلیایی کنندهٔ خوبی است. یک لیموترش درشت معادل ۲ گرم بیکربنات دو سود قلیایی به بدن می‌رساند.

۲ـ سنگ‌های سیستینی ـ یک شکل بسیار نادر است. دو عامل حل شدن سیستین را تسهیل می‌نمایند:

پایین آوردن غلظت آن در ادرار و بالا بردن PH ادرار، برای نگه‌داشتن PH بالاتر از ۷ و ۸، باید سیترات پتاسیم را با مقادیر یک گرم ۵ بار در روز تجویز نمود. PH ادرار را باید قبل از هر وعدهٔ غذا، هنگام خواب و در شب تعیین نمود. برای اینکه سیستین در بیماران مبتلا به سیستینوری به صورت محلول درآید، حجم ادرار باید ۲۵۰۰ سانتی‌متر مکعب و PH آن ۸ باشد. قلیایی کردن همراه با ایجاد دیورز به نظر من، مؤثّر است و به عقیدهٔ برخی دیگر مصرف مایعات بهترین روش انتخابی است. ۳ لیتر آب را در فاصلهٔ ۶ تا ۲۲ ساعت می‌نوشند. این روش از لحاظ پیشگیری بسیار قابل ملاحظه است و با دنبال کردن درمان صحیح و جدّی از تشکیل هرگونه سنگ می‌توان جلوگیری نمود.

۳ـ سنگ‌های آهکی درمان پذیر ـ به طور کلی سنگ‌های آهکی نسبت به درمان مقاوم‌اند، ولی برخی از آنها به درمان جواب می‌دهند. از این رو با شناسایی آنها می‌توان از بروزشان جلوگیری نمود.

الف ـ سنگ‌هایی که در اثر حرکت نکردن بیمار ایجاد می‌شوند. در این مورد درمان پیش‌گیرنده است. دیورز (دفع ادرار) را به وسیلهٔ خوردن حداقل ۲ لیتر آب در ۲۴ ساعت و حرکت دادن بیمار می‌توان افزایش داد. غذای بیمار بهتر است اسید کننده باشد و در صورت احتیاج می‌توان از مواد اسید کننده و موادی مانند ژل آلومین که مانع از جذب فسفات‌ها می‌شوند استفاده کرد.

ب ـ سنگ‌های دارویی ـ که بر اثر استازولامید (ماندن و رسوب‌کردن)، درمان مفرط با کلسیم و ازدیاد ویتامین D ایجاد می‌شوند. در این موارد درمان را نسبت به علت عارضه انجام می‌دهند و هر بار که وضع بیمار اجازه داد داروی مسبب را حذف می‌کنند.

ج ـ سنگ‌های حاصله از اشتباه و رژیم غذایی ـ خوردن بیش از اندازهٔ پنیر ممکن است ایجاد سنگ آهکی نماید که بهداشت غذایی عادی میزان دفع کلسیم از راه ادرار را به ارقام طبیعی خواهد رساند.

سنگ مثانه

از هزاران سال قبل، خارج کردن سنگ مثانه موضوعی بوده که ذهن جراحـان را بـه خود مشغول داشته و دو بُرش برای درآوردن سنگ تنها راه حل بوده است. در آن زمان با اینکه میکروب و تکنیک بیهوشی کشف نشده بود، مع‌هذا تعداد زیادی از بیماران تحت عمل قرار می‌گرفتند. طریقهٔ عمل ساده بود. در مردان شکاف در روی پـرینه در سـمت جانبی مجرای ادرار و در حالی که جراح بـا دو انگشت از رکـتوم سـنگ را بـه ایـن طـرف می‌راند، داده می‌شد. در اتّساع مـجرای ادرار و دخـول فـورسپس سـنگ گـرفته و خـارج می‌گردید.

ایـن عـمل قـرن‌ها ادامـه داشت تـا ایـنکه در سـال ۱۸۵۰ بـا روش لیـتیوتریت (سنگ‌شکنی) درمان آسان‌تر و خطرات کمتر شد. بعضی از جراحان از اقدام به جراحی از راه شکم به علت مرگ و میر و ضایعات فراوان اجتناب می‌کردند.

شیوع بیماری

اقدامات متعددی در مورد تعیین مناطق جغرافیایی از نظر نسبت سنگ‌های مثانه در دنیا به عمل آمده است. در ۲۵۰ سال قبل این مرض در نورفوک انگلستان بسیار شایع بوده، ولی امروزه آمار نشان می‌دهد که به تدریج ناپدید شده است که شاید به علت بهبود شرایط زندگی باشد ولی این فرضیه حاکی از آن است که سنگ مثانه در جنوب انگلستان بیشتر از اسکاتلند است که شاید عوامل دیگری نیز در آن تأثیر داشته باشد.

ازدیاد بیماری در مناطق گرمسیری مانند خاورمیانه مشاهده می‌شود که علت آن در هیدراتاسیون و ادرار غلیظ و کم است که موجب رسوب نمک‌های محلول می‌گردد. اغلب سنگ‌ها در آب و هوای گرم به واسطهٔ فقدان آب کافی و رژیم مناسب پدیدار می‌شوند.

سنگ مثانه اکثر در اجتماعات فقیر و نیازمند وجود دارد. در مناطقی که با نـقصان

پروتئین مواجه هستند، بیماری بیشتر بوده و با افزودن پروتئین کافی به غذای افراد نسبت ابتلا کاهش می‌یابد. از طرفی دیگر در جوامعی که نقصان پروتئین وجود دارد، رژیم غذایی شامل مواد هیدروکربن است که این خود تولید اسیدوز ادراری، کم شدن حجم ادرار و ازدیاد اکسالات‌ها خواهد نمود که مورد فوق شاید بیشتر از کمبود پروتئین مؤثر باشد. روی هم رفته در مناطقی که آب و مواد غذایی به قدر کافی وجود دارد، نسبت مرض کمتر است.

انواع سنگ‌ها

اغلب سنگ‌های مثانه دارای ترکیبات مختلطی هستند. در عین حال بعضی به طور خالص شامل اسیداوریک و اکسالات کلسیم می‌باشند. در اکثر موارد مبتلایان دچار عفونت ادراری بوده و در نتیجه سنگ از کلسیم و تریپل فسفات تشکیل می‌شود.

ممکن است سنگ واحد، متعدد و به اندازه‌های مختلف دیده شود.

سبب‌شناسی

اغلب سنگ‌ها در اطراف یک جسم خارجی تشکیل می‌شوند و فرضیه‌هایی دربارهٔ این اجسام و وصول آنها به مثانه مطرح شده است.

اطفال در دوران بلوغ ممکن است اجسام کوچکی را به مجرای ادرار داخل کرده که گاهی تصادفاً به مثانه داخل شوند، مانند نوک مداد، سنجاق سر که هستهٔ اولیه را ایجاد می‌نمایند و بالأخره مواد غیرقابل جذبی که در جراحی مثانه به‌کار می‌رفته و امروزه کمتر مورد استعمال دارد.

به هر حال تولید اغلب سنگ‌ها از کلیه آغاز می‌شود و موجب انسداد گردن مثانه می‌گردد. (در موارد موجودنبودن انسداد، سنگ‌ها ریز هستند.)

عوارض بیماری

سنگ پس از تشکیل، موجب تکرار حملات عفونی شده و ادامهٔ آن باعث تشدید عفونت و (دیورتیکول Diverticulum) مثانه می‌گردد. به علاوه اگر سنگ مدت مدیدی در مثانه بماند نه تنها خطر متاپلازی (غیرمعمولی‌شدن سلول‌ها در یک بافت) بلکه

کارسینومِ اسکوآموس (پولکی) نیز بیمار را تهدید می‌کند.

همچنین سنگ‌های کوچک‌تر در گردن مثانه گیر کرده و باعث حبس ادرار می‌شوند یا در مجرا قرار گرفته، موجب انسداد می‌گردند.

تصاویر بالینی

درد اپی‌گاستر منتشر به آلت تناسلی که با استراحت و عدم حرکت تخفیف می‌یابد. حبس ادرار در بیماری که تمایل به دفع مکرّر دارد، نادراً دیده می‌شود. هماتوری (خونریزی فراوان) ممکن است مشاهده شود ولی به طور کلی علائم شدید وجود ندارد.

معمولاً سنگ یا سنگ‌ها را در حین یک آزمایش عادی برای دریافتن علت عود عفونت ادراری یا انسداد مثانه می‌یابیم. با امتحانات فیزیکی در بعضی افراد سنگ کوچکی را در مجرای ادرار می‌توان احساس نمود.

در رادیوگرافی اصولاً یک تودهٔ کدر را در لگن کشف می‌کنیم که متعاقب آن سیستوسکوپی آن را تأیید می‌نماید.

اقدامات

امروزه در اکثر موارد سنگ در مبتلایان به عفونت مجاری ادراری تحتانی، در حین بررسی کشف می‌گردد. پس از اینکه وجود سنگ تأیید شد باید تمام فاکتورهای احتمالی دیگر بررسی شود. هرگاه در اوروگرافی دیورتیکول مثانه نمایان گشت، بایستی سیستوگرافی برای اثبات آن و حذف علل دیگر مانند بازتاب حالبی انجام شود؛ سپس به عمل جراحی یا درمان اقدام گردد.

سر درد کششی و میگرن

فشارهای هیجانی از مهمترین عواملی هستند که در به وجود آمدن سردرد به ویژه از نوع کششی (تنشی)، نقش مؤثری دارند. تنش به موجب تعریف عبارت است از: کشش، حالت کشیده شدن، یک احساس که این حالت را به نظر می‌آورد، یا یک احساس محکمی، سفت شدن و فشرده شدن. از نظر بالینی سردردهای کششی به سردردهایی اطلاق می‌شود که دائمی یا دوره‌ای بوده و به کشمکش‌های روانی که بیمار تا اندازه‌ای از آن آگاهی دارد، مربوط می‌شوند. سردرد کششی معمولاً از پیش خبر نمی‌دهد؛ دو طرفه است و ممکن است همراه با علائم دیگری از قبیل اضطراب و نگرانی، تهوع و استفراغ باشد. شدت و تکرار آن متفاوت است و اغلب، روزها یا هفته‌ها و ماه‌ها و یا سال‌ها ادامه می‌یابد.

گرچه میگرن و سردرد کششی انواع متفاوت و متنوع دارند؛ ولی هر کدام صفات مخصوص خود را دارا می‌باشند. سردردهای کششی را با ساختارهای مختلف توجیه می‌کنند. ولی شواهدی موجود است که آنها را به اختلالات روانی مربوط می‌کند. در اغلب بیماران عوامل روانی اصلی به طور ناگهانی عمل می‌نماید و بیماران به اضطراب و ناراحتی‌های خود آگاهی دارند. این سردردها به وسیلهٔ فشارها و توقّعات محیط اطراف که بیشتر از تحمل شخص است (مانند فشارهای اقتصادی، اجتماعی و جسمی) نیز به وجود می‌آیند.

بیماران میگرنی از تضادهای درونی خصومت‌آمیز و پرخاشگرانه، با شدت زیاد و ویران‌کننده رنج می‌برند. در مورد میگرن غیر از تضادهای ذکر شده عوامل روانی دیگری نیز ممکن است دست‌اندرکار باشند. مشاهدات بالینی که برمبنای دانش و فیزیولوژی پیدا شده، تا اندازه‌ای قابل قبول، ساختار درد را در سردردهای کششی توجیه می‌نمایند. در این قبیل سردردها ساخت‌وکارهای عروقی یا عضلانی همراه و یا جدا از هم عمل

می‌نمایند.

به عقیدهٔ مُؤلّفینی چون، «ولف»، «ریان» و «فِردمان» سردردهای کششی عملاً و تقریباً به طور کامل، توسط علل هیجانی به وجود می‌آیند. از یک طرف استرس‌ها (فشارها) از راه سیستم لیمبیک و هیپوتالاموس و دستگاه عصبی خودکار، باعث انقباض و سپس انبساط شرایین بزرگ و کوچک سر می‌شوند و از طرف دیگر باعث پیدایش کشش در عضلات گردنی و جمجمه‌ای می‌شوند. انبساط عروق جمجمه و کشش رشته‌های عضلانی در گردن، پشت سر، ناحیهٔ پیشانی و گیجگاهی به نوبهٔ خود باعث سردرد می‌شوند.

از نظر عملی، سردرد کششی شایع‌ترین انواع سردردهاست که پزشک عمومی با آن مواجه می‌شود. نسبت آن به کل سردردها در حدود ۹۰٪ یا بیشتر تخمین زده شده است. بیماران اغلب قادر نیستند که ارتباط بین فشارهای هیجانی و سردرد را پیدا کنند؛ و این بدان جهت است که در زمان استرس هیجانی، شریان‌های کوچک و بزرگ جمجمه‌ها منقبض می‌شوند و دردی احساس نمی‌گردد. سردرد فقط در مرحلهٔ بهبود (مرحلهٔ آرامش Relaxation) که در تعقیب استرس حاد است، پیدا می‌شود. در این موقع است که در اثر اختلالِ نظمِ سیستم خودکار انقباض غیرطبیعی عروق، به انبساط غیرعادی آن منجر می‌شود. این موضوع با فاصلهٔ نسبتاً زیادی که از زمان استرس تا زمان سردرد هست نیز تأیید می‌گردد. سردرد ممکن است شب هنگام موقعی که بیمار در خواب است، پیدا شود و او را از خواب بیدار نماید. یا اینکه صبح زود آسایش و خواب او را بر هم زند. مطالعهٔ سوابق و گرفتن تاریخچهٔ دقیق‌تر نشان می‌دهد که قبل از سردرد یک مرحلهٔ فشار هیجانی وجود داشته و باعث اختلال در نظم دستگاه خودکار گردیده است.

همان طور که قبلاً اشاره شد، علاوه بر عامل فشار، کشش عضلانی نیز در پیدایش سردردهای دوره‌ای نقش تعیین کننده دارد. ولف با به کاربردن دستگاه الکترومیوگراف (E.M.G) ازدیاد کشش عضلانی را که به علت استرس هیجانی به وجود آمده بود، از نزدیک مطالعه نمود. او پتانسیل‌های الکتریکی را با قرار دادن الکترودها روی پوست عضلات ناحیهٔ پیشانی، گیجگاهی و گردنی ترسیم نمود و پتانسیل‌های الکتریکی طرف

راست و چپ را همزمان برای مقایسه ثبت نمود. در این مطالعه، بیمار شدت درد را بر اساس مقیاس اختیاری براساس حداکثر درد ۱۰+ تخمین می‌زد و انقباض عضلانی هم برحسب مقدار (+)ها اندازه‌گیری می‌شد (حداکثر انقباض ۱۰+). ولف از سری الکترومیوگرام‌های خود نتیجه گرفت علائمی را که بیماران ارائه می‌دهند از نشانگان عمومی فشارهای هیجانی است.

اصولاً چرا اسپاسم عضلانی تولید درد می‌کند؟ این مسئله از چند راه توجیه شده است. «لِویس» و همکاران او تصور می‌کنند که در زمان انقباض طولانی عضله، موادی در آن به وجود می‌آید که محرکی برای درد عضلانی است. محقّقین دیگر توانسته‌اند نشان دهند که در عضلات کم‌خون شده (ایسکمیک) گاهی مواد زیان‌آور و مزاحم جمع شده و تولید درد می‌کنند.

«الیوت»، «تونیس» و ولف، با الکترومیوگرافی نشان داده‌اند عملیاتی که پتانسیل عملی عضله را کم می‌کنند، درد را هم تخفیف می‌دهند. لذا نتیجه گرفتند که اسپاسم (انقباض غیرارادی) عضلانی منبع درد است.

یک عامل دیگر که ممکن است در تولید این سردردها نقشی داشته باشد، عبارت است از توسعهٔ مرکزی اثر تحریکی در بافت گردن. این توسعه به وسیلهٔ اعصاب گردن فوقانی انجام می‌گیرد و امکان دارد در ناحیهٔ پیشانی و صورت احساس درد ایجاد بنماید. کدام‌یک از عوامل ذکر شده مؤثّرند؟ پاسخ قطعی به این پرسش هنوز در دست نیست. اسپاسم دردناک عضلات گردن و سر می‌توانند دردهای ارجاعی در سر و صورت به وجود بیاورند. برای کشیده شدن درد از ناحیهٔ گردن به سر و صورت دو توضیح داده شده است:

- تحریک شاخهٔ نزولی یا ریشهٔ نخاعی عصب سه قلو با انتقال درد به سر و صورت.
- دردی که منشأ سمپاتیک دارد و با تحریک انعکاسی به وجود می‌آید.

تابلوهای شمارهٔ (۱ و ۲ و ۳) مهمترین نشانه‌های سردرد کششی را از نظر تشخیص معین می‌کنند:

سردردهای کششی

تابلو شمارهٔ (۱) : محل، علت یا شیوع ، نظم و مدت سردرد کششی.

محل سردرد ـ سردرد با احساس فشار که همراه با فشارهای هیجانی است، معمولاً اول در ناحیهٔ گردن، شانه و پشت سر پیدا شده، شدت می‌یابد و بعد توسعه یافته به ناحیهٔ پیشانی می‌رسد.

علت ـ اشخاص نگران، هراسناک، گرفته و تحت فشار هیجانی، اشخاصی که به عقاید دیگران حساس هستند و احساس حقارت می‌نمایند؛ اشخاصی که کمال پرست هستند و نمی‌توانند به خوبی استراحت کنند و راحت باشند؛ اشخاصی که وزنهٔ زیادی را روی دوش خود حمل می‌کنند (به طور نهادی Symbolic) در معرض این نوع درد هستند.

ارث ـ در ۴۰٪ از موارد جنبه‌های ارثی درکار بوده است.

شیوع ـ سردرد کششی شایع‌ترین نوع سردرد است که در طبابت عمومی دیده می‌شود و به تنهایی احتمالاً ۹۰٪ یا بیشتر از سردردها را تشکیل می‌دهد.

نظم ـ سردرد ثابت با دوره‌هایی از تشدید؛ ۲۰٪ از موارد.

حملات روزانه؛ ۳۰٪ از موارد

کمتر از یک دفعه در هفته، ۱۵٪ از موارد

زمان و مداومت ـ سردرد ممکن است روزها، هفته‌ها، ماه‌ها یا حتی بیشتر (سال‌ها) ادامه پیدا کند.

نشانه‌هایی که ویژهٔ سردرد کششی هستند:

تابلو شمارهٔ (۲) : بر اساس تحقیقات «فریدمن» و «مریت»

۱ـ (پیش خبر Prodroma) ندارد.

۲ـ طبیعتاً دو طرفه است (اغلب در ناحیهٔ پشت سری یا پیشانی)

۳ـ خصایص آن متنوع است (ذق ذق کننده، فشار دهنده یا سوزاننده)

۴ـ مدت و تکرار آن متنوع است (ثابت‌تر از میگرن است.)

۵ـ نشانه‌های وابسته، شامل اضطراب، تهوع و استفراغ می‌باشد.

علائمی که با تشخیص سردرد کششی مغایرت دارند:

تابلو شمارهٔ (۳) : بر اساس نتایج «روک» و «روشتون»

۱ـ دردی که یک طرفه باشد.

۲ـ دردی که به ضد دردهای ساده یا فیزیوتراپی ساده جواب مساعد دهد.

۳ـ دردی که با تغییر وضع فعالیت تغییر کند؛ مثلاً با گذاشتن سر روی دیوار یا تکیه دادن آن به صندلی بهتر شود و یا با زور زدن در موقع سرفه و یا سایر موارد زورزدن بدتر گردد.

۴ـ دردی که با زبانی ساده واضح و روشن و بدون آب و تاب بیان شود.

۵ـ دردی که دوره‌های بهبود واضح و مشخصی داشته باشد.

۶ـ تاریخچهٔ سردرد نشان می‌دهد که پیشرفت واقعی داشته است.

گرچه سردرد میگرنی و کششی ممکن است توأماً یا متناوباً پیدا شوند و در هر دو ساخت‌وکار عروقی نقش تعیین کننده داشته باشد. ولی هر کدام از این دو ویژگی‌های خود را دارند. توجه به تابلو شمارهٔ (۴) تفاوت این دو را روشن می‌نمایند.

تابلو شمارهٔ (۴) (فریدمن و مریت)

تمایز سردردهای میگرنی و کششی	میگرن	سردرد کششی
	درصد پیدایش	
وراثت	۶۵ درصد	۴۰ درصد
شروع قبل از سن ۲۰ سالگی	۵۵ درصد	۳۰ درصد
شروع بعد از سن ۲۰ سالگی	۴۵ درصد	۷۰ درصد
پیش‌خبر	۷۵ درصد	۱۰ درصد
دائمی یا حملات روزانه		
کمتر از یکی دو هفته	۶۰ درصد	۱۵ درصد
محل درد یک طرفی		
محل درد دو طرفی	۸۰ درصد	۱۰ درصد
همراه با استفراغ	۲۰ درصد	۹۰ درصد
میزان ابتلای افراد	۵۰ درصد	۱۰ درصد

علاوه بر سردرد حاصله در اثر فشار یا کشش از طریق ساخت‌وکارهای پاتوفیزیولوژیک عروقی و عضلانی، عوامل هیجانی می‌توانند نقش مهمی در ایجاد شکل‌های دیگر سردرد ایفا نمایند. فشارهای هیجانی می‌توانند یک حملهٔ میگرنی را بیدار نمایند؛ یا زمان آن را طولانی نمایند یا شدت درد را زیادتر کنند. سردرد کششی ممکن است همراه

با سردردهای دیگر و حتی با سردردهای عضوی (ارگانیک) باشد، لذا باید بین سردرد کششی یا سردرد توأم با کشش (تنش) فرق گذاشت.

مواردی پیدا می‌شود که میگرن و سردرد کششی توأم‌اند و یا اینکه حتی میگرن و سردرد کششی همراه با نوع دیگر سردرد بوده است؛ و نیز ممکن است شخص میگرنی در فاصلهٔ حملات میگرن از سردرد کششی رنج ببرد.

درمان

در درمان سردرد کششی مانند درمان سایر دردها، هدف باید از بین بردن درد (درمان علامتی) و یا لااقل کم کردن شیوع آن باشد (درمان پیشگیری). برای درمان موقت و علامتی سردرد کششی، از ضد دردهای معمولی (آنالژزیک‌ها) و آرام‌بخش‌های خفیف می‌توان استفاده کرد. درمان طولانی و اساسی این نوع سردردها اصولاً روان‌درمانی است. در اینجا باید یادآوری کرد که علت تنش و استرس همیشه ناخودآگاه نیست و در بسیاری از موارد با مختصر کاوش ارتباط عامل تنش و سردرد برای بیمار و درمانگر روشن می‌شود. در این قبیل موارد باید از سوسیوتراپی (درمان محیط اجتماعی بیمار) و یا روان درمانی سطحی و حمایتی نام برد؛ ولی کشف علل ناخودآگاه و درمان کلی سردردهای ناشی از کشمکش‌های روانی ناآگاه، نیاز به روان درمانی طولانی از نوع روانکاوی یا روان‌درمانی با توجه به بینش از پدیده‌های روانی دارد.

خلاصه

در این مقاله از سردرد کششی به عنوان یکی از بیماری‌های روان‌تنی یاد شده است. فشارهای هیجانی از مهمترین عواملی هستند که در تولید سردرد به خصوص سردرد کششی نقش مؤثری دارند. تضادهای درونی که بیشتر از نوع (خصومت‌آمیز Hostile) و (پرخاشگرانه Aggressive) هستند، ویران کننده می‌باشند؛ و نیز فشارهای محیط به شخص، توقعات و انتظارات محیط از او و انتظارات او از خودش، از عوامل تعیین کننده به‌شمار می‌آیند. ناراحتی‌های درونی یاد شده، با ایجاد اختلال در انقباض و انبساط عروق جمجمه‌ای (از راه دستگاه لیمبیک، هیپوتالاموس و دستگاه عصبی خودکار) و

همچنین ایجاد اختلال در تنوس عضلات ناحیهٔ سر و گردن، سردرد کششی را سبب می‌گردند. تمایز این نوع سردرد از سردرد میگرنی مورد بحث قرار گرفته و در خاتمه، به درمان مختصر اشاره‌ای شده است.

سنکوپ چیست؟

آیا خطرناک است؟

وقتی کسی سنکوپ می‌کند چه کار باید کرد؟

از نظر ریشه لغت سنکوپ به معنی وقفهٔ ناگهانی حیات است. وقفه‌ای است کوتاه و قابل برگشت. کمتر پزشکی موفق می‌شود بر سر بالین بیماری که مبتلا به سنکوپ شده است حاضر شود. زیرا موقعی که پزشک می‌رسد، اغلب بیمار بهبود یافته است و فقط شرح آن را از اطرافیان وی می‌شنود. غالباً در این موارد اطرافیان علاوه بر آنچه مشاهده کرده‌اند اطلاعات و معلومات خود را نیز بدان اضافه می‌کنند لذا اگر هر کسی بداند که برای چنین بیمارانی چه کار باید کرد انسانی را از مرگ نجات داده است.

قبل از شرح سنکوپ لازم است گفته شود هر شخصی که مبتلا به سنکوپ شود، بعد از رفع بحران باید تحت معاینهٔ دقیق پزشکی قرار گیرد. وقتی سنکوپ تمام شد و بیمار حالت طبیعی خود را بازیافت، نباید تصور کند که قضیه خاتمه یافته است؛ تازه اول کار است. هر سنکوپی نشانهٔ شروع یک عارضه در بدن می‌باشد؛ باید دنبال عارضه گشت آن را یافت و درمان نمود.

از سرگیجهٔ مختصر تا از دست دادن کامل شعور

سنکوپ درجات مختلف دارد. از لیپوتیمی (از دست دادن مختصر شعور) شروع می‌شود؛ ابتدا بیمار احساس گرما و خفگی می‌کند. سرش گیج می‌رود، می‌نشیند، رنگ صورتش می‌پرد، صورت از عرق سرد پوشیده می‌شود. تقریباً از آنچه در اطراف او می‌گذرد چیزی نمی‌فهمد. بعد از مدت کوتاهی مجدداً به حال طبیعی برمی‌گردد. این حالت را اغلب به افراط در غذا خوردن و یا خستگی و غیره مربوط می‌کنند.

یک درجهٔ شدیدتر از لیپوتیمی همان سنکوپ است. بیمار به کلی برای مدت کوتاه، شعور خود را از دست می‌دهد. به کلی بی‌حرکت می‌شود، رنگ صورت پریده، حساسیت

نسبت به محیط خارج از بین می‌رود، حرکات تنفسی و ضربانات قلب خیلی کند می‌شود یا اینکه به کلی قطع می‌شود. این حالت چند ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشد، سپس همه چیز به حالت طبیعی برمی‌گردد.

علت‌های سنکوپ بی‌شمار است، اغلب یا ریشهٔ قلبی دارد یا مغزی؛ در جریان مسمومیت‌ها، بیماری‌های اعصاب، اختلالات هاضمه، خونریزی و دردهای شدید قولنج نیز پیش می‌آید.

گذشته از علل متفاوت، سنکوپ، دو نوع سفید و آبی دارد که لازم است، شناخته شود. در سنکوپ آبی قطع تنفس مقدّم است و ناراحتی قلب بعد از قطع تنفس پیدا می‌شود. در اینجا تنفس مصنوعی کمک زیادی به بهبود بیمار می‌کند؛ ولی در سنکوپ سفید که سخت‌تر از اولی است، توقف حرکات قلب مقدّم بر اختلالات تنفس است. در این صورت باید هر چه زودتر در فکر به کار انداختن حرکات قلب بود.

اقدامات ضروری ابتدایی

اقدامات فوری که باید شروع کرد ساده است. قبل از هر چیز طوری بیمار را می‌خوابانند که سرش پایین‌تر از تنه باشد تا خون متوجه مغز شود. بعداً برای اینکه تنفس به راحتی انجام شود، یقهٔ لباس را باز می‌کنند یا آن را پاره می‌کنند. همچنین باید اطراف بیمار را از تماشاچی خالی کرد تا به راحتی بتواند تنفس کند. این موضوع را نباید فراموش کرد؛ چه بسا دیده می‌شود که در این مواقع همسایه‌ها حتی عابرین خیابان دور بیمار جمع می‌شوند و یک جمعیت ۲۰۰ـ۳۰۰ نفری بیمار را احاطه می‌کنند و دیگر فضایی برای تنفس او باقی نمی‌گذارند، بیماری که بیش از هر چیز احتیاج به هوای آزاد دارد. لذا پنجرهٔ اطاق را باز می‌کنند تا هوای آزاد به بیمار برسد. اگر امکان داشته باشد که به بیمار اکسیژن برسانند مفیدتر از کارهای دیگر و فوری است.

قضیهٔ سیلی‌زدن به بیمار که از قدیم معمول بوده است، نیز مفید است. به شرط اینکه سیلی خیلی آهسته و مکرر نواخته شود. یک حولهٔ مرطوب نیز روی پیشانی یا صورت بیمار می‌گذارند که اگر راه‌های تنفس را مسدود نکند، مفید است.

بعضی اشخاص عقیده دارند که در موقع سنکوپ به بیمار مشروبات الکلی خورانده

شود. این عمل هیچ فایده‌ای ندارد؛ چون بیمار در حال اغماست و عمل بلع از بین رفته است. علاوه بر این الکل به داخل ریهٔ بیمار سرازیر می‌شود و خطر برونکوپنومونی دارد.

در بعضی ولایات مرسوم است که مقداری گل جلو بینی بیمار می‌گذارند. همچنین کارهای دیگری نیز معمول است که اصولاً هیچ‌کدام مفید نمی‌باشد مگر استنشاق گلاب که شاید بیمار را تحریک کند و هیچ ضرری هم نمی‌تواند داشته باشد.

تنفس مصنوعی

بهترین و اساسی‌ترین کاری که می‌توان برای کسی که سنکوپ کرده است انجام داد، تنفس مصنوعی است. ولی این عمل مفید موقعی مثمر ثمر می‌شود که خوب انجام شود والاّ نتیجهٔ معکوس می‌دهد.

در اینجا فرصتی نیست که روش صحیح تنفس مصنوعی را شرح دهیم، ولی هر شخصی باید به خوبی راه و روش صحیح تنفس مصنوعی را بیاموزد. زیرا فراگیری یک کار ساده‌ای که زندگی انسانی را نجات می‌دهد از ضروری‌ترین دانستنی‌هاست. متذکّر می‌شود که در مدارس باید تنفس مصنوعی به کلیهٔ دانش‌آموزان آموخته شود. چه کسی است که در عمر خود یک بار با یک فرد غرق شده، مسموم شده یا ضربه دیده مواجه نشود؟

سرخک یا گل‌افشان

سرخک بیماری عفونی و بسیار مُسری است که آن را از دیر زمان می‌شناختند. «سیدن‌هام» آن را از مخملک و آبله تمییز داد.

میکروب این بیماری از دستهٔ ویروس‌هاست و در ترشحات چشم، بینی، دهان و خون بیماران وجود دارد.

سرخک عمومی‌ترین تب ایام کودکی است و کمتر کودکی است که به آن دچار نشود. بدین جهت چنین به نظر می‌رسد که سرخک مخصوص کودکان باشد و سالمندان از آن ایمن باشند، ولی موارد زیاد سرخک سالمندان دیده شده است. کم بودن سرخک نزد سالمندان در حقیقت، ناشی از مصونیتی است که در تعقیب سرخک طفولیت حاصل می‌شود.

شیرخوارگان تا یک سالگی به ندرت مبتلا به سرخک می‌شوند. به شرطی که از مادری به دنیا بیایند که به سرخک دچار شده و مصونیت پیدا کرده باشد. این مصونیتی که به شیرخوارگان به ارث می‌رسد ۶ تا ۱۲ ماه برای مصونیت طفل کافی است. ولی اگر مادر کودکی سرخک نگرفته باشد، این کودک به هیچ‌وجه مصونیتی، حتی در روزهای اول تولد هم نخواهد داشت.

سرخک در هر فصل دیده می‌شود. خصوصاً اواخر زمستان و اوایل بهار از سایر فصول بیشتر شیوع دارد.

سرخک بیماری بسیار مُسری است و استعداد برای پذیرفتن این بیماری فوق‌العاده زیاد است.

سرایت

سرایت آن نیز به طور مستقیم انجام می‌گیرد ولی گاهی سرایت غیرمستقیم هم اتفاق

می‌افتد. میکروب این بیماری هنوز کشف نشده، ولی مسلم است که در ترشحات چشم و بینی بیماران مبتلا قرار دارد و در موقع سرفه و عطسه به صورت ذرات پراکنده، سبب سرایت مرض می‌شود. همچنین مسلم است که میکروب سرخک در هوای آزاد مقاومت زیادی ندارد و زود از بین می‌رود. بدین جهت سرایت سرخک بیشتر مستقیم است و در ضمنِ تماس با بیمار در فواصل نزدیک با او صورت پذیر است و از فاصلهٔ زیاد ممکن نیست. به طوری که گاهی فاصلهٔ بیش از یک متر و یا آویختن پرده در مقابل بیمار از سرایت جلوگیری می‌کند. متأسفانه سرخک از روزهای اول یعنی قبل از بروز آن و مشخص شدن بیماری، مُسری است و مخصوصاً در این موقع خیلی آسان شیوع یافته و همه‌گیر می‌شود.

پس از بروز بثورات (دانه‌های قرمز) که خود ۴ـ۵ روز طول می‌کشد از شدت سرایت کاسته می‌گردد. به طوری که با از بین رفتن بثورات سرایت سرخک نیز تمام می‌شود.

سرخک تقریباً در تمام دنیا وجود دارد. اما در بعضی جاها به طور بومی موجود است. همچنین سرخک در جاهای پُرجمعیت زیاد دیده می‌شود. این بیماری را معمولاً بی‌اهمیت تلقّی می‌کنند و دربارهٔ آن چندان توجه نمی‌شود. در صورتی که این بیماری هر سال هزاران نفر را در نتیجهٔ عوارض نخست خود، از بین می‌برد. ضمن آنکه در نتیجهٔ خاصیت ضعیف‌کنندگی که دارد، استقامت طفل را در مقابل ابتلای به بعضی از بیماری‌های خطرناک مثل سل و حصبه کم می‌کند.

تمام ملل به سرخک مبتلا می‌شوند و مصونیت طبیعی وجود ندارد.

توجه به نکات فوق، جهت محدود ساختن سرایت و جلوگیری از شیوع مرض لازم است.

آیا می‌دانید که سرخک چه علائمی دارد؟

علائم بیماری

دوران بیماری سرخک چهار هنگام دارد:

۱ـ هنگام کمون (نهفتگی)، یعنی از روز ورود میکروب سرخک به بدن سالم ۱۰ـ۱۲ روز طول می‌کشد و در این هنگام هیچ نوع آثار مرضی مشاهده نمی‌شود.

۲ـ هنگام استیلا، پس از ۱۲ روز از تاریخ سرایت به آهستگی شروع می‌شود.

الف ـ نزلهٔ چشم و دماغ که با احساس مختصر خارش و عطسه‌های پی در پی همراه است. چشم‌های بچه قرمز، پلک‌ها متورم و اشک آلود و صورت برافروخته است. ترشح سفید و آبکی دائماً از بینی بچه سرازیر می‌شود و این ترشحات که پُر از میکروب بیماری است، گاه به گاه به وسیلهٔ سرفه و عطسه به اطراف پراکنده و پخش می‌شود.

ب ـ تب بیمار یک مرتبه بالا می‌رود و تا روز دوم ممکن است به ۳۹ درجه برسد. ولی بیمار هیچ‌گونه لرزی احساس نمی‌کند.

پ ـ سومین علامت این دوره که از علائم مخصوص سرخک به شمار می‌رود، ولی متأسفانه پیدا کردن آن قدری مشکل است عبارت از چند دانهٔ ریز و سفیدی است که روی مخاط سطح گونه‌ها و در مقابل دندان‌های آسیا بیرون می‌آید و به دانه‌های کوپلیک معروف هستند.

۳ـ هنگام بثورات یا گل افشان: گل‌های سرخک شب چهارم بیرون می‌ریزد و ابتدا از پشت گوش و پیشانی و صورت شروع می‌شود و پس از آن به تنه سرایت می‌کند. گل‌های سرخک دانه‌های گلگونی هستند با کناره‌های نامرتب و برآمده و خیلی نرم، به طوری که زیر انگشت مانند مخمل حس می‌شوند. رنگ آن با فشار انگشت می‌پرد و بلافاصله پس از برداشتن انگشت به صورت اول بر می‌گردد.

دانه‌های سرخک معمولاً منتشر و از هم جداست. به طوری که در فواصل آنها پوست کاملاً سالم و طبیعی وجود دارد. ولی گاهی ممکن است در روی سینه این بثورات به هم بچسبند. گل سرخک ۱ تا ۲ روز به منتهای افروختگی خود می‌رسد و پس از آن ظرف سه تا چهار روز به تدریج از بین می‌رود.

حال عمومی مریض با بروز گل‌ها سنگین می‌شود. خصوصاً سرفه‌های شدید او را ناراحت می‌کند. در این دوره گاهی بیمار دچار اسهال نیز می‌شود. ولی از روز دوم گل‌افشانی، کم‌کم حال عمومی بیمار بهتر می‌شود تا وارد مرحلهٔ آخر شود.

۴ـ هنگام پوست ریزی ـ پس از زائل شدن گل‌ها جای آنها پوسته پوسته شده و به

صورت پوسته‌های کوچک و نازکی کنده می‌شود.

این نوع پوست‌ریزی درست برعکس پوست‌ریزی در بیماری مخملک است که تکه‌تکه کنده می‌شود و راجع به آن بعداً مفصلاً خواهم نوشت.

به طور متوسط دوران کامل سرخک از شروع اولین علامت تا آخرین پوست‌ریزی ۱۰-۱۲ روز طول می‌کشد.

عوارض سرخک

سرخک خود بیماری خطرناکی نیست. چیزی که آن را خطرناک می‌کند عوارض آن می‌باشد:

۱ـ سینه پهلو یکی از عوارض فراوان و خطرناک سرخک است که مخصوصاً نزد بچه‌های ضعیف اغلب کُشنده خواهد بود.

در موقع بروز این عارضه تب بیمار بالا می‌رود. سرفه‌های شدید، توأم با تنگی نفس به طوری که گاهی به خفگی منتهی می‌شود. تنفس بچه سطحی و تند، صورت کبود و حالت عمومی بیمار بد می‌شود.

از دیگر عوارض مهم ریوی، بروز سل ریوی است که آن در نتیجهٔ ضعف و نقاهت شدید بعد از سرخک در بیمار به وجود می‌آید.

۲ـ التهاب چرکی گوش ـ که غالباً دو طرفه است و از عوارض شایع سرخک به‌حساب می‌آید که اغلب بعد از خوب شدن خود سرخک مدت‌ها باقی می‌ماند.

۳ـ اسهال‌های شدید ـ که اغلب در موقع گل‌افشانی سرخک شروع شده و در نتیجهٔ طولانی شدن، بیمار را از پای درمی‌آورد.

۴ـ از عوارض دیگر سرخک التهاب مراکز عصبی است که به صورت تشنجات و یا فلج بعضی اعضای بدن بروز می‌کند. نصف بیمارانی که به این حالت دچار می‌شوند، می‌میرند.

۵ـ عوارض قلبی و کلیوی نیز به ندرت دیده می‌شود.

پیشگیری و مصونیت

چنانکه قبلاً اشاره شد، سرایت بیشتر در هنگامی است که هنوز مرض مشخص نشده و تا تشخیص صحیح سرخک سرایت صورت گرفته است و اقداماتی که عموماً می‌شود، مثل جداکردن بیمار و ضدعفونی اماکن و غیره نتیجهٔ عملی ندارد. در بعضی از ممالک رسم بر این است که برادران و خواهران کودک سرخکی را مدت ۱۸ روز به مدرسه قبول نمی‌کنند. زیرا ۱۸ روز حد اعلای مدتی است که علائم سرخک در بچه بروز می‌کند.

همچنین جهت پیشگیری سرم‌های مخصوص وجود دارد که باز نتیجه‌اش زیاد رضایت‌بخش نیست.

سرخک مصونیت دائم می‌دهد. یک بار گرفتن آن از ابتلای بعدی جلوگیری می‌کند.

درمان

بیماری سرخک درمان اختصاصی ندارد. برای تخفیف‌دادن بعضی علائم مانند سرفه که بیماران را ناراحت می‌نماید و برای جلوگیری از عوارض آن مخصوصاً سینه‌پهلو و گوش درد، داروهای لازم به کار برده می‌شود. بیمار در اطاق مخصوصی مجزّا بستری می‌شود. دهان و بینی و چشم را هر روز ضدعفونی می‌کنند و تمیز نگاه می‌دارند. درجهٔ حرارت اطاق بین ۱۷ تا ۲۰ درجه خواهد بود.

رژیم غذایی مایعات، کمپوت و میوه در دوران تب و بعد، رژیم معمولی خواهد بود.

برای تخفیف سرفه، شربت سینه‌ای که دارای کدئین باشد، تجویز می‌شود. استعمال آسپرین اگر تب خیلی بالا باشد، مفید است. در صورت بروز عوارض سینه‌پهلو و لارنژیت، ترکیبات سولفامیده توأم با پنی‌سیلین به‌کار می‌برند. در موقع خفقان، استنشاق اکسیژن و داروهای مقوّی قلب، دیژیتالین، اوابائین کامفر و استریکنین تجویز خواهد شد.

برای گوش درد از متخصص بیماری‌های گوش استمداد خواهد شد.

امروزه تزریق گاماگلبولین، در کوتاه کردن دوران بیماری و جلوگیری از عوارض آن بسیار مؤثّر است و غالباً با تزریق گاماگلبولین می‌توان کودک را از بیماری سرخک مصون داشت.

سفیدی مو

چگونه می‌توان از سفید شدن بی‌موقع مو جلوگیری کرد؟

گرچه به نظر می‌رسد که سفید شدن مو یک امر اجباری و طبیعی در بدن آدمی است، ولی می‌توان از سفید شدن زودرس آن جلوگیری کرد. موهای سر کم‌کم شروع به سفید شدن می‌کنند، بدین ترتیب که ابتدا موها کم‌رنگ‌تر شده و مایل به خاکستری می‌شود و سپس باز هم به خاکستری کم‌رنگ تبدیل شده و بالأخره سفید می‌شوند.

در مواردی که سفید شدن موهای سر زودرس باشد، بیشتر به علت عواملی است که موجب می‌شود رنگدانه‌های موجود در ریشه و ساقهٔ مو از بین برود و یا تغذیهٔ مو دچار اختلال و نارسایی گردد.

عده‌ای از دانشمندان بیولوژی و پزشکانی که در راه حفظ جوانی و نشاط در سنین مختلف کار می‌کنند، معتقدند باید به دنبال عواملی بود که در دوران سالمندی باعث از بین رفتن رنگدانه‌های مو می‌شوند. در این راه تجربیات مختلفی انجام گرفته است و خود اینجانب در یک مورد به تجربهٔ جالبی موفق شدم، بدین ترتیب؛ بیماری که بیش از ۶۵ سال داشت به علت خونریزی شدید معده تحت نظر من بستری بود. هنگامی رسید که بر اثر یک خونریزی شدید بیمار به حالت اغما درآمد و برای نجاتش به او در حدود دو لیتر خون تزریق شد (ترانسفوزیون). پس از آنکه بیمار از خطر جَست و به وضع طبیعی درآمد، مشاهده گردید که موهای سفید سر بیمار خاکستری شد. این نشان می‌دهد که علل سفید شدن موی سر نرسیدن مواد لازم (رنگدانه‌ها و ویتامین‌های مورد نیاز مو) می‌باشد.

یکی دیگر از علل سفید شدن مو که آن هم با تجربیات و آزمایش‌های علمی، ثابت شده، هیجان‌های شدید، تشویش و نگرانی مداوم و غم و اندوه زیاد است.

از دیگر عللی که باعث سفید شدن مو می‌شود، مسمومیت‌های مزمن از طریق

دستگاه گوارش است. بیماری‌های مزمن چون، سل، دیابت، مالاریا، کم‌خونی و بالأخره سرطان و حساسیت نیز از عواملی هستند که باعث سفید شدن مو می‌شوند.

اعتقاد دانشمندان بر این است که بیماری‌ها و مسمومیّت‌ها نیز بدین طریق موجب سفید شدن مو می‌شوند. یعنی این عوامل میکروبی و سمی ویتامین‌های پیاز و ساقهٔ مو را از بین برده، موجب می‌شوند که رنگدانه‌ها به تدریج زایل گردند.

غیر از عوامل فوق بعضی از غذاها که محرک هستند، مانند قهوه و خردل در سفید شدن زودرس موها تأثیر دارند. این مواد غذایی را روی حیوانات آزمایش کرده و نشان داده‌اند که اگر به حیوانی قهوه یا خردل و مواد غذایی محرک بخورانند، از میزان ویتامین‌های گروه B (که در نگاهداری رنگدانه‌های مو و جذب اکسیژن و تغذیهٔ موها بسیار مُؤثّرند) در بدنشان کاسته می‌گردد.

حال که به علل سفید شدن مو پی بردیم، بد نیست برای جلوگیری از سفید شدن زودرس موها و عقب انداختن دوران پیری و سفید شدن موها بر اثر سن، به دستورات زیر توجه فرمایید:

۱ـ همان طور که گفتیم هیجان شدید، اندوه، نگرانی و دغدغهٔ خاطر موجب سفید شدن مو می‌شود و در این مورد نیز تاریخ گواه خوبی است. کسانی که به عللی دچار شوک‌های عصبی شده‌اند یا گرفتاری‌های سیاسی داشته‌اند، دیده شده که در یک شب تمام موهایشان سفید شده است.

لذا قبل از هر چیز و هر کار به فکر اعصاب و سلامت خود باید باشید. از ناراحتی‌های عصبی بپرهیزید. از غُصه خوردن، از دغدغهٔ خاطر و ناراحتی بیجا اجتناب کنید.

از بی‌خوابی و شب‌زنده‌داری بپرهیزید. زندگی خود را مرتب کنید و به فکر سلامت خود باشید. شما چه خانم و چه آقا، همیشه فکر کنید که باید باشید و سلامت باشید تا همهٔ کارها درست شود. برای رفع بیماری‌های مختلف خودتان را به پزشک نشان دهید تا اگر ناراحتی و یا بیماری مخفی در بدن شما وجود دارد، درمان شود.

۲ـ به فکر تندرستی خود باشید.

۳ـ در انتخاب غذا دقت کنید و مواد مورد نیاز بدن، مخصوصاً موهایتان را مصرف

کنید.

فراموش نکنید که باید غذاهایی میل کنید که غیر از داشتن ویتامین‌های لازم، به ویژه گروه B، به مقدار کافی آهن، ید، مس و اسیدهای آمینه را در برداشته باشد.

۴ـ شیر و لبنیاتی چون پنیر، ماست و کره را هیچ‌وقت فراموش نکنید.

۵ـ هر روز یک قاشق سوپخوری روغن مایع نباتی بخورید.

۶ـ مصرف چربی‌های حیوانی و مواد قندی را از غذا حذف کنید.

۷ـ هر روز با غذا مخصوصاً با صبحانه عسل میل کنید.

۸ـ آبمیوه و میوه به خصوص سیب را هر روز میل کنید.

سیاتیک

باید گفت بیماری سیاتیک در اصل به دردهای عصب سیاتیک گفته می‌شود. این درد عصبی چنین احساس می‌شود که در تمام طول عصب سیاتیک رنج و احساس ناراحتی به وجود می‌آورد. گاهی در ران، گاهی در زانوی راست یا در زانوی چپ. تمام این درد یک علت دارد و آن علت و مرکز عارضه در ستون مهره‌ها یا ناحیهٔ مهره‌های کمر می‌باشد. یک ضربه، یک تصادف، یک شوک و یا یک فشار سخت به ستون مهره‌ها که بتواند ایجاد پارگی در دیسک‌های بین مهره‌ای نماید، سبب عارضه است، مانند برداشتن بار یا جسم سنگین که موجب پارگی دیسک‌های بین مهره‌ها می‌گردد. نباید فراموش کرد، ساختمان ستون مهره‌ها و دیسک‌های غضروفی آن، طوری ساخته شده که در مقابل تمام این گونه فشارها و حوادث مقاومت می‌کند و فعالیت سالم و حرکات طبیعی بدن را ممکن می‌سازد.

قبل از آنکه به اصل موضوع بپردازیم مختصری از تشریح و فیزیولوژی این عصب شرح می‌دهیم. عصب سیاتیک از پنجمین ریشهٔ قطنی و اولین و دومین ریشهٔ عجزی مهره تشکیل می‌شود. از لگن کوچک عبور می‌کند، از بریدگی بزرگ سیاتیک بیرون می‌آید. در مجاورت مفصل ساکروایلیاک از زیر عضلهٔ پیرامیدال می‌گذرد و در پشت ران قرار می‌گیرد.

بیماری بر دو نوع است:

۱ـ سیاتیک اصلی (سیاتیک متوالی) معمولاً در اشخاص بالغ به خصوص در جنس مرد و بیشتر در مزاج‌های آرتریتی بروز می‌کند. سرما، رطوبت، خستگی و تروماتیسم‌های کوچک در پیدایش آن مُؤثّر است.

تا این چند سال اخیر علت واقعی این سیاتیک معلوم نبود. قُدما این سیاتیک را نتیجهٔ سرما یا روماتیسم می‌دانستند. بعد آن را مربوط به عفونت دانستند و برداشتن

کانون‌های عفونی را توصیه کردند. تا اینکه اخیراً معلوم شد، غالب سیاتیک‌های اصلی نتیجهٔ عواملی است که دانشمندان کلاسیک به وجود آنها پی نبرده بودند. ببینیم این عوامل کدام‌اند:

اول، فتق چهارمین و پنجمین صفحهٔ قطنی؛ امروز به تحقیق رسیده است که بیشتر سیاتیک‌های یک طرفی نتیجهٔ فتق آخرین صفحات قطنی است. این صفحات نزدیک پنجمین ریشهٔ قطنی و اولین ریشهٔ عجزی است و چون به درون حفرهٔ فقراتی پیش بیاید به ریشه‌های عصب فشار می‌آورد و دردهای مداوم در امتداد سیاتیک ایجاد می‌کند و خصوصاً بلند کردن وزن‌های سنگین در ایجاد این عارضه مُؤثّر است.

دوم، سلولیت (التهاب منجر به چرک بافت همبند)؛ از همهٔ سلولیت‌ها مهمتر سلولیت سوراخ کونژوگن و سلولیت ناحیهٔ پلکسوس ساکره و سلولیت دور مفصل ساکروایلیاک و سلولیت بریدگی بزرگ سیاتیک است. اما سلولیت دور عصب نیز در هر نقطه که باشد، از عوامل مهم و فراوان این دردهاست.

سوم، کشش لیگامان‌های خلفی مفصل ساکروایلیاک.

چهارم، آرتریت مفصل ساکروایلیاک.

۲ـ سیاتیک ثانوی ـ یعنی سیاتیکی که علتش نامعلوم باشد در موارد زیر دیده می‌شود:

اول ـ تومورهای نخاع و مننژها (پرده‌های مغز)

دوم ـ بیماری پوت (سل فقرات)

سوم ـ سرطان مهره‌ها

چهارم ـ استئوآرتریت مهره‌ها که به سبب منقار طوطی و استئوفیت‌ها به ریشه‌های عصب فشار می‌آورد.

پنجم ـ اسپوندیلولیستزی

ششم ـ ساکرالیزاسیون پنجمین مهرهٔ قطنی

هفتم ـ مننگورادیکولیت سیفیلیسی

هشتم ـ فشار بر لگن کوچک که از فیبروم رحم و کیست تخمدان و خصوصاً سرطان

رحم و مانند اینها حاصل می‌شود. از این رو به اهمیت توشهٔ رکتال و توشهٔ واژینال در تشخیص دردهای سیاتیک می‌توان پی برد.

نهم ـ تومورهای فمور.

دهم ـ تومورهای عصب و آسیب‌های عصب در اثر جراحت و تزریق و...

از آنچه گذشت دو نتیجه می‌گیریم:

اولاً علل سیاتیک متعدد و متنوع است.

ثانیاً امروزه سیاتیک‌های اصلی را نیز نتیجهٔ علل عضوی می‌دانند که مهمترین آنها سلولیت و فتق آخرین صفحات قطنی است. اما قبل از آنکه بگوییم سیاتیک مربوط به این علت‌هاست، باید علل دیگر آن را در نظر گیریم. بالأخره باید متذکر بود که عوامل عفونی و سمّی که پیش پزشکان کلاسیک این همه اهمیت داشت، امروزه به کلی فرعی به نظر می‌آید.

علائم بالینی

ابتدا علائم بالینی سیاتیک اصلی یا متوالی را شرح می‌دهیم:

الف ـ درد؛ درد مهمترین علامت بیماری است و گاهی یگانه علامت آن است. اما بیشتر اوقات اختلال حساسیت و بازتاب و حرکت و غیره نیز علاوه می‌شود.

آغاز درد گاهی تدریجی است. بیمار ابتدا «مورمور» و «گزگز» و سنگینی در پا احساس می‌کند و گاهی بیمار سریع و ناگهانی در پی درد بسیار شدیدی که در امتداد عصب سیاتیک احساس کرده بستری می‌شود.

سرما و رطوبت چنانکه گفتیم در بروز این دردها مؤثّر است.

شدت درد متفاوت است، در بعضی موارد بیمار فقط ناراحتی در مسیر عصب احساس می‌کند که مانع از انجام‌دادن بعضی حرکات پا می‌شود. در موارد دیگر درد به قدری حاد و شدید است که بیمار به کمترین حرکت پا قادر نیست.

این دردها غالباً دائمی است و گاه به گاه در اثر حرکت و لمس و سرفه و عطسه شدت می‌یابد. در موارد خفیف راه رفتن مقدور، ولی دشوار است و خستگی بر ناراحتی و سنگینی پا می‌افزاید.

انتشار درد در امتداد عصب و به طرف پایین است ولی گاهی از وسط ران تجاوز نمی‌کند یا فقط در پشت ساق پا احساس می‌شود.

ب ـ وضع‌های دفاعی؛ وقتی که مفصل یا عصبی درد می‌کند، بدن خود به خود در وضعی قرار می‌گیرد که از شدت درد بکاهد، این وضع را وضع دفاعی یا ضد درد می‌گویند. وضع‌های دفاعی سیاتیک به قرار زیر است:

اسکولیوز که در وضع ایستاده ظاهر می‌شود. معمولاً گودی اسکولیوز به طرف دردناک است. بیمار در حال ایستاده سنگینی خود را روی پای سالم می‌دهد و پای متألم را شُل کرده پاشنهٔ خود را کمی بالا نگاه می‌داد. در این حال شانهٔ طرف دردناک پایین‌تر از شانهٔ طرف مقابل است. این وضع مانع کشش عصب و پلکسوس می‌شود.

در وضع خوابیده پاشنهٔ طرف سیاتیک از پاشنهٔ دیگر بالاتر قرار می‌گیرد.

در راه رفتن بیمار می‌لنگد و پای دردناک را کمتر باز می‌کند و زانو را خمیده نگاه می‌دارد. بالا رفتن و پایین آمدن از پله‌ها به ویژه بسیار دشوار است.

ج ـ هیپوتونی (کاهش تنش) یکی از علائم بزرگ سیاتیک است. این هیپوتونی به وسیلهٔ دو علامت ذیل نمایان می‌گردد:

یکی سقوط خط سرین

دیگری علامت گونیا، وقتی که بیمار روی صندلی یا در کنار تخت به زانو قرار می‌گیرد، می‌بینیم که پای دردناک عمود به ساق پاست و حال آنکه پای سالم زاویهٔ منفرجه تشکیل می‌دهد. به علاوه رباط آشیل پهن‌تر به نظر می‌آید و گودی پشت قوزک پا کمتر است. این علامت بیشتر در سیاتیک‌های شدید و طولانی دیده می‌شود. در بعضی موارد منحنی کف پا مسطح شده است.

د ـ آتروفی عضلانی هم یکی از مشخصات سیاتیک خصوصاً سیاتیک‌های طولانی است. این آتروفی در ماهیچهٔ پا محسوس‌تر از هر جاست اما در پشت ران و عضلات پا نیز هست.

ه ـ اختلالات سمپاتیک؛ کبودی رنگ و سردی پا غالباً وجود دارد. در موارد شدید و طولانی تعریق کم می‌شود و پوست نازک شده، در معرض ضایعات جلدی قرار می‌گیرد.

نکتهٔ مهم ـ در هر سیاتیک باید امتحان‌های زیر را به عمل آورد:

پرتونگاری ستون فقرات و رادیولیپیدول

توشهٔ رکتال و توشهٔ واژینال

آزمایش واسرمن در خون

تجسس قند در ادرار

تعیین سرعت رسوب کردن گلبول‌های قرمز

سیر تکاملی ـ روزهای اول درد تنها علامت بیماری است و شدت آن گاهی به حدی است که مانع هر گونه امتحان دقیق می‌شود. پس از دو یا سه هفته از شدت درد می‌کاهد و حملات آن نیز کمتر و دیر به دیر بروز می‌کند تا به کلی زایل شود. مع‌هذا ناراحتی پا که مخصوصاً در بعضی حرکت‌ها زیادتر است، چند روز دیگر باقی می‌ماند و بالأخره بیماری ظرف دو یا سه هفته به کلی بهبود می‌یابد. در بسیاری از موارد بدون آنکه درد شدت اولیهٔ خود را داشته باشد، برای مدت چندین هفته دوام می‌یابد و علائم دیگر سیاتیک مانند انحنای ستون فقرات و سقوط خط سرین و آتروفی ماهیچهٔ پا و از بین رفتن رفلکس آشیل و غیره هم به تدریج ظاهر می‌شود. در این صورت علاج کامل بـه کـندی صـورت می‌گیرد و مرض ۲ یا ۳ ماه و گاهی بیشتر طول می‌کشد. غالباً نیز ناراحتی و درد خفیفی در پا می‌ماند و راه‌رفتن و بعضی حرکات پا چنانکه باید آزاد نیست.

به علاوه باید همیشه به خاطر داشت که سیاتیک ممکن است یک یا چند بار عود کند و به سبب درد و انحراف ستون فقرات و آتروفی به ناتوانی بیمار منتهی می‌شود.

سیاتیک‌های ثانوی ـ معمولاً از یک علت عضوی مهم، مانند بیماری پوت و سرطان مهره‌ها و رادیکولومننژیت و غیره ناشی می‌شود که علائم مخصوص دیگری دارد.

درمان سیاتیک

درمان سیاتیک شامل دو قسمت است:

درمان علت و درمان درد که در معالجهٔ سـیاتیک بـاید قـبل از هـر چـیز عـلت آن را جستجو و درمان کرد.

سنگ کیسهٔ صفرا

سنگ کیسهٔ صفرا در اثر عدم تعادل شیمیایی صفرا به وجود می‌آید.

متخصص بزرگ کبد و کیسهٔ صفرا که در ویشی فرانسه مطب دارد و نامش دکتر «روژه گلنارد» است، بارها و بارها مورد پرسش قرار گرفته و از او پرسیده‌اند علل قطعی اختلالات کیسهٔ صفرا که بسیاری از اشخاص را مبتلا می‌کند چیست؟

طبق عقیدهٔ دکتر روژه گلنارد سه عامل در اختلالات کیسهٔ صفرا دخالت دارند:

۱ـ جنس زن بودن، ۲ـ چاقی، ۳ـ سن چهل سالگی به بعد

در حقیقت زنان بیشتر از مردان در معرض این بیماری‌ها هستند. چون خانم‌ها طبیعتاً بیشتر آرام و معتدل‌اند و کمتر ناراحت و عصبانی می‌شوند. این است که بیشتر مبتلا به سنگ کیسهٔ صفرا می‌شوند. شگفت انگیز آنکه بعضی از روان‌شناسان ملاحظه کرده‌اند، اشخاصی که ظاهراً آرام ولی باطناً ناراحت هستند مبتلا به دردهای کیسهٔ صفرا می‌شوند.

علت دردهای کیسهٔ صفرا هر چه باشد، سنگ‌های کیسهٔ صفرا در اثر عدم تعادل شیمیایی صفرا به وجود می‌آید. این عدم تعادل می‌تواند کلسترول را جمع کند یا کلسیم و دیگر موادی که صفرا (زرداب) را به وجود می‌آورد، به صورت سنگ در آورد.

در اشخاص سالم مجاری عضلانی کیسهٔ صفرا به اندازهٔ کافی منقبض می‌شود و هر چه در کیسهٔ صفرا باشد خالی می‌کند، ولی وقتی محتوی کیسهٔ صفرا خالی نشود عناصر سخت که یکی از مواد سنگین کیسهٔ صفراست راکد می‌ماند و سنگ تولید می‌کند. این سنگ‌ها وقتی به حجم معینی رسیدند، نمی‌توانند از مجاری کیسهٔ صفرا خارج شوند، مگر وقتی که رژیم غذایی بهتر شود و کیسهٔ صفرا بتواند دوباره عمل خالی کردن را انجام دهد.

یکی از عوارض عادی کیسهٔ صفرا که در تمام اختلالات مربوط به آن دیده شده است

(چه این اختلال مربوط به سنگ و یا عفونت باشد) درد شدیدی است که شخص هنگام جذب چربی در خود احساس می‌نماید.

ویتامین‌های B مخصوصاً ویتامین B_6 نقش اصلی در حذف چربی‌ها به عهده دارند. بدون ویتامین B_6، اسیدلینولئیک (اسید چرب اشباع نشده) نمی‌تواند در بدن مصرف شود و سطح کلسترول (چربی خون) دستگاه بدن را در یک اندازهٔ عادی نگه دارد. مصرف مقادیر متناسب از ویتامین‌های B در غذا خطرات تولید سنگ را در اثر جمع شدن کلسترول می‌کاهد.

اگر شما سنگ کیسهٔ صفرا دارید، با پزشک متخصص مشورت کنید تا او تعیین کند چگونه می‌توانید خود را از آن خلاص کنید.

کسانی که مبتلا به (سیروز کبدی Cirrhosis of liver) هستند مخصوصاً در معرض ابتلا به اختلالات کیسهٔ صفرا قرار دارند، زیرا بین این دو بیماری (سیروز کبدی و اختلال کیسهٔ صفرا) رابطهٔ قطعی و آشکاری وجود دارد. سیروز کبدی هم مثل اختلال کیسهٔ صفرا، در اثر کمبود ویتامین‌های B مخصوصاً ویتامین B اوکولین به وجود می‌آید.

برای جلوگیری از تشکیل سنگ کیسهٔ صفرا در باقی عمر طولانی خویش لطفاً توجه کنید تا صورت غذای روزانهٔ شما دارای مقدار با اهمیتی از تمام ویتامین‌های گروه B باشد.

سوزش معده

ناراحتی‌ها و بیماری‌های دستگاه گوارش، بسیار زیاد بوده و عوارض گوناگونی را باعث می‌شوند. سوزش معده یکی از عوارض شایع بیماری‌های معده است و ضرورت دارد که هنگام ایجاد آن به فکر چاره باشیم و از پیشرفت آن جلوگیری به عمل آوریم.

احساس سوزش معده و رنجی که به شخص می‌دهد، به علت هیپراستزی (افزایش ناهماهنگی حرکات) مخاط معده ایجاد می‌شود و معمولاً این سوزش در پشت استخوان جناغ سینه نیز احساس می‌شود.

این سوزش به صورت‌های مختلف بروز می‌کند. گاهی بعد از غذا خوردن و گاهی در موقع گرسنگی دیده می‌شود که ضمن احساس سوزش معده، بیمار استفراغ می‌کند. این استفراغ نه فقط سوزش را تسکین نمی‌دهد بلکه باعث شدت آن نیز می‌گردد.

گاهی سوزش معده با زیاد شدن آب دهان (سیالوره) همراه است.

احساس سوزش معده که گاه به طور اتفاقی بروز می‌کند معمولاً در نتیجهٔ خوردن غذاهای محرک و خراب و زیاد است. ولی در صورتی که مکرّر بروز کند و ادامه یابد ممکن است در نتیجهٔ گاستریت (التهاب معده) و تورم معده باشد یا سوء هضم ناشی از ورم روده‌های بزرگ و یا به علت بیماری‌های مجاری صفرا و غیره بوده باشد.

در بانوان این احساس سوزش معده غالباً با اختلالات مربوط به دستگاه تناسلی و عادت ماهیانه همراه است و غالباً در هنگام آبستنی نیز شدت می‌یابد.

ندرتاً ممکن است که احساس سوزشی در معدهٔ بیماران مبتلا به زخم معده یا سرطان معده دیده شود.

لذا باید یادآور شد که سوزش معده بیشتر مربوط به عوارض و ناراحتی‌های سادهٔ معده بوده، با معالجهٔ صحیح درمان شدنی است. گاهی نیز با تظاهرات آلرژیک مانند کهیر و اگزما و خارش همراه است و در این صورت ممکن است آن را ناشی از اختلالات آلرژیک

معده دانست.

در قدیم احساس سوزش را در معده مخصوص مبتلایان هیپرکلریدری (زیادی اسید معده) می‌دانستند. اما چنانکه متذکر شدیم این عارضهٔ سوزش حتی در مبتلایان به کمبود اسید معده ممکن است بروز کند. امروز بیشتر تصور می‌کنند که احساس سوزش در معده به علت اثر اسیدهای تخمیری مانند اسیدبوتریک و اسیداستیک بر روی مخاط معده باشد. در مواردی که این احساس سوزش در بیماران مبتلا به اختلالات کبد و کیسهٔ صفرا عارض می‌شود، تصور می‌کنند که سبب ایجاد آن، تحریکات مخاط معده به علت برگشتن صفرا در معده است. بالأخره آخرین نظریه‌ای که در تعبیر احساس سوزش معده وجود دارد این است که هرگاه گاستریتی ایجاد شود که با ارزیون خفیف یا دسکوآماسیون مخاط معده همراه باشد، یعنی هر وقت ورم معده با تغییرات دیگر مخاط معده همراه باشد، ایجاد سوزش در معده می‌شود. نظر به اینکه ترشح موکوس (ماده‌ای که بر روی مخاط و سطح معده پوشیده می‌شود و معده را در مقابل اسیدهای مختلف محافظت می‌کند) کم گردد، اسیدها بر روی مخاط معده اثر کرده، سبب حساسیت آن می‌شود و در نتیجه سوزش به وجود می‌آید.

درمان و چارهٔ سوزش معده

چون درمان اساسی بر پایهٔ تشخیص علت سوزش استوار است تا رسیدن به پزشک به دستورات زیر توجه نموده و عمل کنید:

۱ـ در هنگام سوزش یک لیوان شیر بنوشید.

۲ـ مصرف مقداری کمپوت کم شیرینی، تأثیر خوبی در رفع سوزش معده دارد.

۳ـ در مواقع سوزش معده از خوردن آش، آبگوشت و چربی سرخ‌شده خودداری فرمایید.

۴ـ معده را گرم نگاه دارید.

۵ـ از مصرف سبزیجات و میوهٔ خام خودداری کنید.

سوختگی با آفتاب

حساسیت از آفتاب و بیماری‌های آفتاب

در شهر ادینبورگ اسکاتلند، پسر بچهٔ هشت ساله‌ای زندگی می‌کند که از یک سال پیش به این طرف گرفتار آلرژی آفتاب شده و به محض اینکه ثانیه‌ای در آفتاب قرار بگیرد، فوری پوستش خواهد سوخت و به درد عجیبی دچار خواهد شد. نتیجتاً این کودک بیچاره که بدبختانه پزشکان هنوز نتوانسته‌اند دردش را علاج کنند، باید روزها را در تاریکی به‌سر برد یا اینکه سرا پایش را باندپیچی کند و بیرون برود تا آفتاب مستقیم یا غیرمستقیم به پوستش نرسد.

یکی از ساکنین شهر وینی‌پک واقع در کانادا نیز به همین درد دچار است. از سال‌ها پیش در این شهر مرد ۴۹ ساله‌ای زندگی می‌کند به نام «موریس چرولین» که او هم مجبور است مثل کودک اسکاتلندی روزها را در تاریکی به سر برد و فقط شب‌ها از منزل خارج شود. او نیز در برابر اشعهٔ آفتاب آلرژی دارد. به محض اینکه این شخص در آفتاب ظاهر شود، فوری اثرات سوختگی شدید در پوستش ظاهر می‌شود و طبعاً باید گفت که این هر دو دارای بیماری مشترکی هستند و بدنشان در برابر آفتاب حساسیت دارد. در بین مردم جهان، صدها هزار نفر دیگر هم وجود دارند که به همین بیماری یا حساسیت‌ها دچارند و مجبورند از آفتاب کناره گیرند. بهار و تابستان برای این گونه اشخاص فصول رنج‌آوری است. زیرا آنها سوختگی پیدا می‌کنند و اگر زود به سایه نگریزند، بدنشان از فرط زخم به قول معروف (آش و لاش) می‌گردد.

این اشخاص باید حساس‌ترین نقاط بدنشان را در برابر آفتاب به دقت بپوشانند. این عده محکوم به زندگی در سایه هستند، هرگز نمی‌توانند به پلاژ و یا استخرهای آزاد بروند. غیر از این حساسیتی که پسرک اسکاتلندی و مرد کانادایی به آن دچارند، آفتاب تولید کنندهٔ بیماری‌های دیگر هم هست که به آنها (بیماری‌های ناشی از آفتاب) یا به اصطلاح

علمی (لیثت درماتوز) می‌گویند. این امراض تولید بیماری‌های جلدی می‌کند. عجیب اینجاست که بیماران آلرژی آفتاب از همهٔ اشعه‌های آن رنج نمی‌برند؛ بلکه میان اشعه‌های گوناگون موجود در پرتو خورشید فقط اشعهٔ سرد ماورای بنفش زیانبخش است.

التهاب‌های پوستی بر اثر اشعهٔ ماورای بنفش آفتاب است. این اشعه از نظر بیولوژی فوق‌العاده اثربخش است. به طوری که در لامپ‌های کوارتز نیز از آن استفاده می‌شود. به طوری که فیزیکدانان تحقیق کرده‌اند، اشعهٔ فرا بنفش طول موجی در حدود ۲۰۰ الی ۴۰۰ میلیونیم میلی‌متر دارد و در حال حاضر دانشمندان فیزیکدان، بیولوژیست‌ها و پزشکان مشغول تحقیق در این زمینه‌اند که اشعهٔ فوق بنفش دقیقاً چقدر حرارت روی پوست می‌گذارد.

این دانشمندان به این نتیجه رسیدند که اشعهٔ ماورای بنفش را باید به سه دسته تقسیم کرد: (A) ـ (B) ـ (T) ـ اشعهٔ فوق بنفش (A) دارای طول موجی برابر با ۳۱۵ الی ۴۰۰ میلیونیم میلی‌متر است. از دیگر اشعه‌های فرا بنفش عمیق‌تر در پوست نفوذ می‌کند؛ به طوری که خودش را به سلول‌های بازالی، که عمیق‌ترین قشر سلول‌های زیر پوست است، می‌رساند و بیماران آفتابی از آن می‌گریزند. در این قشر از سلول‌ها مادهٔ رنگینی وجود دارد که قهوه‌ای رنگ است و به صورت (برنزه) در روی پوست ظاهر می‌شود. اشعهٔ ماورای بنفش (A) این مادهٔ رنگی را غلیظ‌تر و تیره‌تر می‌کند و در نتیجه اشخاص سالم را قهوه‌ای می‌کند.

اشعهٔ فرا بنفش (B) دارای طول موجی برابر ۲۸۰ الی ۳۱۵ میلیونیم میلی‌متر است. این اشعه کمتر از اشعهٔ (A) در پوست نفوذ می‌کند. ولی در بیماران آفتابی موجب انبساط سلول‌های پوست، تاول و حتی سوختگی‌ها می‌شود و در اشخاص سالم تغییر رنگ پوست را فراهم می‌نماید.

اشعهٔ ماورای بنفش (T) دارای طول موجی برابر با ۲۸۰ میلیونیم میلی‌متر است و از نظر بیولوژی چندان اثربخش نیست. این اشعه خیلی کمتر از اشعهٔ (B) در پوست رخنه می‌کند.

از چند سال پیش به این طرف (اشعه‌های زیان‌بخش) ناشی از انفجار بمب‌های اتمی یا رادیواکتیویته زیاد شده است که این اشعه‌ها آثار ناگواری روی بدن باقی می‌گذارند، البته این عواقب آنی نیست و بعدها به نحو هولناکی ظاهر می‌گردد.

هر کس که برای اولین بار بدنش را در معرض آفتاب قرار بدهد، چون پوست حساس است تولید ناراحتی‌هایی می‌کند. ولی اگر در آفتاب ماندن ادامه پیدا کند پوست کم‌کم مصونیت پیدا می‌کند. برای مثال می‌توان از ملوانان که ماه‌ها زیر آفتاب دریا سفر می‌کنند، یاد کرد. پوست این ملوانان قهوه‌ای سیر است و مانند چرم نیز سختی دارد و محال است شدت آفتاب هر چه زیاد باشد روی پوست آنها تاول یا ناراحتی‌های دیگر پدید آورد.

پس بیماران آفتابی برای مبارزه با اشعهٔ آفتاب چه باید بکنند؟

چتر آفتابگیر کفایت نمی‌کند. در سواحل این چترها فقط از تابش مستقیم آفتاب به پوست جلوگیری می‌کنند. در حالی که به هیچ وجه جلودار تابش آفتاب به آب و انعکاس مجدّد آن اشعه از آب به پوست نمی‌تواند بشود. حتی پوشیدن لباس نیز علاج نیست. زیرا بعضی اشعه‌ها از الیاف مصنوعی پارچه‌ها نیز عبور می‌نمایند. حتی مالیدن یک درجهٔ ضخیم از پودر و یا کِرِم نیز فقط کمک اولیه به شمار می‌رود.

بنابراین باید به پوست مصونیت مستقیم داد. بسیاری از کِرِم‌های ضد آفتاب دارای فیلترهای دور نگهدارندهٔ اشعهٔ فرابنفش (B) از پوست هستند. از چندی پیش به این طرف در بعضی از کِرِم‌ها برای دور نگه داشتن اشعهٔ فرابنفش (A) نیز ترکیباتی مخلوط شده است. این کِرِم‌ها روی بدن بیماران آفتابی در یکی از کلینیک‌های مشهور آلمان آزمایش شده و نتایج رضایت بخش از آنها به دست آمده است.

نتیجتاً باید به بیماران آفتابی که تاکنون از بهار و تابستان فرار می‌کردند و سایه‌زاد شده بودند، مژده بدهیم که ترسشان را کنار بگذارند و دیگر خود را از نور مخفی نکنند. البته این گونه اشخاص پس از استعمال این کِرِم‌ها هم باید آرزوی برنزه شدن را از سر به در کنند. زیرا این کِرِم‌ها اشعه‌های مخصوص برنزه کننده را تصفیه می‌کنند. خوبی این کِرِم‌ها آن است که مانع آن می‌شوند که انسان دچار بیماری کک و مک بشود و حتی

کسانی که صورت و بدنشان کک و مک است می‌توانند با استعمال این کِرِم‌ها و تصفیه کردن اشعه‌های فرابنفش (A) و (B) لکّه‌ها را برطرف کنند.

بعضی‌ها هم هستند که ممکن است در آفتاب برنزه بشوند. ولی روی بدنشان لکّه‌های سفید رنگی باقی می‌ماند. این کِرِم‌های جدید البته این لکّه‌ها را از بین نمی‌برند، ولی از سفیدی رنگشان می‌کاهند و تا اندازه‌ای آنها را با رنگ پوست بدن هماهنگ می‌کنند. برای این لکه‌های سفید که در علم پزشکی به آن ویتیلیگو می‌گویند، صرف‌نظر از این کِرِم‌ها هنوز داروی قطعی و مؤثری پیدا نشده است. عده‌ای از پزشکان معتقدند که این لکه‌های سفیدرنگ را با دستگاه (خورشید مصنوعی) یا دستگاهی که مصنوعاً بدن را برنزه می‌کند می‌توان از بین برد ولی هنوز این نظریه به اثبات نرسیده است.

این را هم بگوییم که تابش شدید آفتاب روی پوست، پوست را خیلی زودتر از حد معمول پیر و فرسوده می‌کند. در این مورد، کِرِم جوان کردن پوست نیز تأثیر نخواهد کرد. اشعه‌های شدید خورشید نه تنها پوست صورت را خشک می‌کند، بلکه باعث چروکیدگی آن نیز می‌شود.

شکستگی

هنگامی که استخوانی به یکی از علل مختلف بشکند گویند با شکستگی سر و کار داریم. استخوان شکسته برای التیام باید مراحلی را بپیماید. بدین ترتیب بین دو سر شکستهٔ استخوان، خواه نزدیک به هم و خواه دور از هم، مقداری خون می‌ریزد و پس از چند روز لختهٔ خون تشکیل می‌شود. کم‌کم مقداری از املاح آهکی سر استخوان در آن حل شده، مقداری نیز با جریان خون خارج شده، در لخته داخل می‌شود و آن را به حالت غضروفی در می‌آورد و عروق بسیاری در آن پدید می‌آید. بعد رفته‌رفته این غضروف به استخوان تبدیل یافته، دو سر استخوان به هم وصل می‌شود. البته طرز جوش خوردن یعنی خوب و بد یا زود و دیر التیام یافتن استخوان شکسته نسبت به وضعیت دو سر استخوان و دور و نزیک بودن آنها یا پیر و جوان بودن شخص تغییر می‌کند. شکستگی معمولاً چهار قسم است: ترک، تمام شکسته، خرد شده، شکستگی باز.

الف ـ ترک، وقتی است که پس از ضربه دردی شدید حس می‌شود. در این عارضه همهٔ علائم شکستگی موجود است به جز حرکت دو سر شکستهٔ استخوان.

ب ـ شکستگی کامل، پس از وارد شدن ضربهٔ سخت دردی شدید حس می‌شود و صدای سایش دو سر استخوان شکسته به یکدیگر شنیده می‌شود و گاهی تغییر شکل اندام را به خوبی می‌توان مشاهده نمود.

پ ـ خرد شدن موقعی است که استخوان چند قطعه شده و یا تمام علائم شکستگی در آن دیده شود.

ت ـ وقتی شکستگی را باز گویند که کانون شکستگی به وسیلهٔ سوراخی کوچک به خارج باز باشد.

۱ـ شکستگی‌های کامل اندام پایین

وقتی یک استخوان از اعضای پایین تنه بشکند، شخص به زمین می‌افتد و نمی‌تواند بلند شود و به راه افتد. در این صورت باید فوراً زخمی را از زمین بلند کرد و به جایی نزدیک برد که بتوان اسبابی برای بی‌حرکت کردن پای شکستهٔ او تهیه نمود و وسایل حمل و نقلش را فراهم ساخت. برای این منظور دو کمک، یکی طرف راست و دیگری سمت چپ بیمار می‌ایستند و نشیمن‌گاه و صندوقچهٔ سینهٔ او را گرفته، از زمین برمی‌دارند. سومین کمک زیر اندام شکسته (یک دست بالا و دست دیگر پایین محل شکسته) را می‌گیرد و به دقت با آنها در بلند کردن و حرکت دادن بیمار همراهی می‌کند تا به نزدیک‌ترین جایگاه برسند. در آنجا به آرامی مجروح را بر تخت‌خواب یا میز می‌خوابانند و به در آوردن جامه‌اش می‌پردازند. یعنی نخست شلوار و زیر شلوار طرف درست و سالم را بیرون می‌آورند. سپس سمت مجروح را برهنه می‌کنند و چنانچه لازم شود برای اینکه زخمی زیاد آزرده نشود و زحمت بیشتری نبیند، درزهای جامه را با قیچی یا چاقوی تیزی می‌شکافند. پس از برهنه کردن بیمار اگر دقت شود محل شکسته متورم و از شکل عادی خارج می‌شود. اگر اندام شکسته را در دست گیریم، در محل شکستگی حرکتی غیرطبیعی حس می‌شود. یکی دو روز بعد لکّهٔ آبی خون مردگی در سطح شکستگی پدیدار می‌گردد که روز به روز رنگ آن تغییر یافته و کم‌کم تمام رنگ‌های قوس قزح را به خود می‌گیرد تا اینکه سرانجام از میان برود.

بعد از پیدا کردن محل شکسته باید به فکر تخته‌بندی کردن پا و تهیهٔ وسایل حمل و نقل افتاد. دو آتل از چوب، فلز، مقوا، عصا، چتر، تفنگ، نیزه، تخته، حصیر، نی و مانند آنها تهیه می‌کنند و دور تا دور عضو و آتل را با پارچه می‌پیچند تا عضو در آن آسیب نبیند و مجروح اذیت نشود...

در شکستگی‌های ساق پا، باید تخته‌بندی به اندازهٔ چهار انگشت از کف پا و دو وجب از بالای زانو تجاوز کند. در شکستگی ران باید آتل از کف پا در پایین و از برجستگی استخوان لگن خاصره در بالا بگذرد و بهتر این است که در شکستگی‌های استخوان ران، طرف مجروح را محکم به طرف تندرست ببندیم و در صورت بودن تختخواب و وسایل

استراحت او را بخوابانیم.

۲ـ شکستگی‌های کامل اندام بالا

اگر کسی پس از تصادف و آسیب، ناگهان دردی شدید در اندام بالا حس کرد و صدای ساییده شدن دو سر استخوان به یکدیگر شنیده شد و شخص نتوانست اندام مضروب را به‌کار گیرد، مسلّم است که آن دست آسیب دیده است. اینجا باید نخست زخمی را به ترتیبی که پیش دیدیم برهنه کنیم. در صورت لزوم اندام مجروح را باید تخته‌بندی کرد و با دستمالی سه گوش بی‌حرکت نمود و به گردنش آویخت. در شکستگی ثلث تحتانی ساعد آتل را باید مانند چنگال درست کرد تا پشت آن در کف دست قرار بگیرد و دنباله‌اش موازی ساعد باشد.

۳ـ شکستگی‌های باز

اگر شکستگی و زخم توأم شد و خون فراوان و پیاپی از زخم جریان داشت، شکستگی باز و مستعد برای چرک کردن است و اگر توجهی بدان نشود اختلالاتی مانند قانقارایای گازی و کزاز دست می‌دهد. پس باید به محض دیدن چنین شکستگی‌هایی زخمی را نزد جراح برد تا پس از دادن داروی بیهوشی، کانون شکستگی را خوب پاک کند و بافت‌های له شده و مرده را ببرد و در آورد، در صورت لزوم دو سر شکستهٔ استخوان را به هم بخیه زند و شکاف زخم را ببندد و آن گاه مانند شکستگی‌های بسته به معالجه‌اش پردازد.

امروزه با جدیدترین وسایلی که در دست است، درمان این شکستگی‌ها آسان‌تر گردیده است. به کمک میخ‌های مخصوصی هر دو سر استخوان شکسته را به هم وصل نموده، استخوان شکسته را تحت کشش ممتد قرار می‌دهند. بدین طریق استخوان که شکسته در مدت دو ماه به خوبی جوش می‌خورد.

۴ـ شکستگی استخوان‌های سر

اگر یکی از استخوان‌های سر بشکند باید سر را بالا، بر چیزی نرم و راحت نهاد و تا هنگامی که زخمی پدیدار نیست از بستن آن خودداری کرد. چه ممکن است باعث خونریزی در داخل مغز گردد.

۵ ـ شکستگی استخوان چانه (آروارهٔ زیرین)

شکستگی این استخوان بسیار دیده می‌شود، کمک کننده تنها کاری که می‌تواند از پیش ببرد این است که دستمالی را تا زده، زیر چانه اندازد و یک طرف سر آن را بالای سر ببرد، بعد دو گوشهٔ دستمال را به پشت گردن برده، گِره بزند.

۶ـ شکستگی استخوان ترقوه

اگر یکی از دو استخوان ترقوه در شانه بشکند، با دستمالی سه‌گوش اندام بالایی همان سو را به‌گردن می‌آویزند و نواری افقی از روی بازوی طرف شکسته و زیر بغل طرف سالم عبور داده، محکم می‌بندند.

۷ـ شکستگی دنده‌ها

هنگامی که پس از کوبیدگی یا تصادفی، شخص دردی در مجاورت دنده‌ها حس نماید که با تنفس شدت یابد دور نیست که یکی از دنده‌ها شکسته باشد. امدادگر باید بازوی مجروح را به سینه بسته و بی‌حرکت نماید و آن گاه وی را نزد پزشک برد.

در صورتی که دسترسی فوری به پزشک نباشد می‌توان به طریق زیر بیمار را بی‌حرکت نمود. به بیمار دستور داده می‌شود که کاملاً نفس خود را خارج نماید. بعداً سینهٔ بیمار را لُخت می‌کنیم باندی پهن را محکم به دور سینهٔ بیمار می‌پیچیم، به طوری که کاملاً قفسهٔ صدری بیمار در نتیجهٔ بانداژ بی‌حرکت شود. اخیراً این عمل را به وسیلهٔ لکوپلاست‌های پهن هم انجام می‌دهند و بدین طریق عضو شکسته کاملاً بی‌حرکت شده و درست جوش می‌خورد.

۸ ـ شکستگی استخوان لگن خاصره

این شکستگی که بیشتر با پارگی و زخم پاره‌ای از احشای درونی مانند روده‌ها، مثانه، مجرای ادرار و نشیمنگاه همراه است، از جراحات خیلی سخت به شمار می‌رود. این عوارض در پی ضربه‌های بسیار شدید مانند زیر اتوبوس یا آوار رفتن و یا بین دو فشار سخت واقع شدن پیش می‌آید. مجروح غالباً شاش‌بند می‌شود یا ادرار خونین دارد و قادر

به حرکت و راه رفتن نیست. پس باید وی را در جایی نرم و راحت بستری کرد و منتظر جراح شد.

۹ـ شکستگی‌های ستون فقرات

چون اغلب اوقات شکستگی ستون فقرات با زخم یا له شدگی یا به کلی قطع شدن نخاع همراه می‌شود، عارضه‌ای بسیار خطرناک است و دور نیست اختلالاتی مانند فلج و بی‌حسی اعضای پایین‌تر از کانون ضرب دیده، مانند فلج مثانه و مقعد (دفع خود به خود ادار و مدفوع) را در پی داشته باشد. در اینجا نیز باید زخمی را در جایی نرم و راحت خوابانید و دست به کاری نزد تا پزشکی برسد و او را معاینه کند و اجازهٔ حرکت دهد.

اگر در شکستگی مهره‌های گردن به سبب آسیب دیدن بصل‌النخاع (مرکز حیات) مرگ فرا نرسید، باید به دستور بالا رفتار کرد.

بخش دهم ـ حروف ف ـ ک ـ گ

فشارخون

کبد و بیماری‌های آن

کرم کدو

کمک‌های نخستین

گیجی ناگهانی در سالمندان

فشار خون

ذرات جلوی چشم یا دید، وزوز یا صدا در گوش، کرامپ (گرفتگی) در عضلات پاها یا دست‌ها، خواب‌های وحشتناک، پریدن از خواب، تغییرات و ناراحتی در دید، خونریزی از بینی، فشار در سر، سنگینی در ناحیهٔ پس سر، سنگینی و درد در پیشانی، احساس سرگیجه و نفس تنگی، به‌ویژه در افراد بالاتر از ۴۵ سالگی می‌تواند نشانه و خبر کنندهٔ فشارخون باشد.

- چگونه فشارخون را تشخیص بدهیم؟
- فشارخون چیست و چرا می‌گویند کسی دارای فشار خون بالاست؟
- فشارخون‌های متفاوت چیست؟
- اولین نشانه و علائم کدام است؟
- عوارض فشارخون چیست؟
- چگونه می‌توان با فشارخون بالا زندگی کرد؟
- هیپوتانسیون یا کمبود فشارخون؟

به همهٔ این سؤال‌ها و مسائل پروفسور «میير» پاسخ داده است.

سؤال - آقای پروفسور میير خواهشمندم بفرمایید، فشارخون چیست و چطور می‌توان آن را تعریف نمود؟

جواب - (انبساط قلب Diastole) و (انقباض قلب Systole) به ویژه در بطن‌ها، اگر از یک حد معینی تجاوز کند، ممکن است بعد از مدتی منجر به بیماری گردد. اصولاً نام فشارخون با نام بیماری مترادف است. این بیماری می‌تواند با شدت زیاد و با علائمی همراه باشد.

سؤال - وقتی دکتر به مریض می‌گوید که فشارخون شما مثلاً ۱۰۰-۱۶۰ است، آیا این ارقام بعد از چه حد معینی می‌تواند مشخص کنندهٔ بیماری باشد؟

جواب ـ این پرسش نسبت به افراد جوامع مختلف در کشورهای گوناگون پاسخ‌های متفاوتی نیز دارد. ارقام ایده‌آل فشارخونی، امروزه، برای حداقل (۹۰ میلی‌متر جیوه) و برای حداکثر (۱۵۰ میلی‌متر جیوه) است، لذا کسی که فشارش ۱۰۰-۱۶۰ باشد، می‌توان گفت که دارای فشارخون است. باید دانست که بعضی عوامل دیگر مانند سن هم در این امر دخالت دارند. مثلاً ۱۷۰ میلی‌متر برای سن ۲۰ سالگی بسیار مضطرب کننده‌تر از همین رقم در سن ۵۰ و ۶۰ سالگی می‌باشد. پس در فشارخون یک حاشیهٔ قابل اِغماض نسبت به سن وجود دارد.

سؤال ـ پس همان طور که فرمودید سن در امر فشارخون تأثیر مستقیم دارد. آیا ممکن است بفرمایید این اثرگذاری چه طور و به چه نحوی صورت می‌گیرد؟

جواب ـ اصولاً نباید به این ارقام مانند یک اصل دقیق و حساب شده متکّی بود. زیرا علاوه بر سن عوامل دیگری نیز در این امر دخالت دارند. مثلاً این مقدار در ساعات مختلف روز ثابت نمی‌ماند و تفاوت فشارخون از صبح بعد از خواب تا شب بعد از یک کار مداوم و خسته‌کننده، ممکن است از ۱۰ میلی‌متر تا ۲۰ میلی‌متر تغییر یابد. برای اطمینان یافتن لازم است که این آزمایش در ساعت معینی از روز و در شرایط یکسان به عمل آید و این تقریباً غیرممکن است مگر در موارد نادر که مریض کمال همکاری را با پزشک خود بنماید.

افزایش فشارخون گاهی آنی و موقتی است. یک انسان عصبی به محض عصبانیت فشارش بالا می‌رود. هستند افرادی که بسیار حساس و آسیب‌پذیرند و به محض آنکه دچار تحریک شدید یا استرس شوند میزان فشارخونشان به طور موقت بالا می‌رود. کما اینکه بیشتر افرادی که برای اولین بار معاینه می‌شوند، غالباً در یک حالت اضطراب و خستگی به سر می‌برند که شاید بر اثر غذاخوردن یا دچار تنگی نفس شدن به علت دویدن برای جبران تأخیر و غیره به وجود آید، به همین دلیل شخص فشارش بالا می‌رود. ما قبل از اینکه این شخص را یک بیمار محسوب کنیم باید دلایل فوق را نیز در نظر داشته باشیم. همچنین انجام‌دادن چند آزمایش در شرایط مناسب قبل از تشخیص بیماری لازم است و چنانچه نتایج آن متغیر بود، یا ما دچار اشتباه شده‌ایم و یا امکان دارد

شخص مورد نظر در سال‌های بعد دچار بیماری فشارخون گردد.

سؤال ـ آقای پروفسور با توجه به اینکه شما ارقام مناسب را برای میزان فشارخون ۹۰ـ۱۵۰ ذکر کردید و از روی آن دلایل این بیماری را به خاطر آوردید آیا امکان دارد توضیح بیشتری بدهید؟

جواب ـ فشارخون دارای عوامل متعددی است. افزایش کار قلب یا وارد آمدن فشار محیطی بر آن، یا یک تغییر مهم در خون باعث افزایش فشارخون می‌گردد. کار قلب به میزان احتیاج فرد بستگی دارد و خود قلب نمی‌تواند دلیل به وجود آمدن فشارخون باشد. زیرا این امر تحت‌تأثیر یک عامل خارجی به وجود آمده است و شاید یک مقاومت (سراسری Systemic) سد راه جریان خون گردیده است. این مقاومت احتمال دارد به دو برابر میزان معمولی نیز برسد ولی این موضوع دلیل بر وجود نارسایی کلیه نیست، در حالی که اعتدال در معابر خونی مانند شاهرگ‌ها، رگ‌ها و مویرگ‌ها به مقادیر متفاوتی موجود است. تمامی این اشکالات نمی‌تواند مانع توزیع کامل و متناسب خون در تمام نواحی بدن گردد و کلیه‌ها، احشا، عضلات و پوست هر کدام خون مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند. در فشارهای فیزیکی (ظاهری) یک فشارخون موقتی و کاهش فوری آن در (خونرسانی Perfusion) کلیوی تحت تأثیر عضلات بدن وجود دارد و چون مغز خیلی خوب محافظت می‌شود، وضع خونرسانی آن تقریباً ثابت می‌نماید. پس در حقیقت قلب نقش یک پمپ قابل انعطاف را بازی می‌کند و بروز یک اختلاف و ناهماهنگی در مورد فوق باعث به وجود آمدن فشارخون می‌گردد.

سؤال ـ آقای پروفسور آیا عوامل خارجی می‌تواند مولد فشارخون باشد؟

جواب ـ بله، و این عوامل بسیارند؛ مانند آب و هوا، غذا، حرارت، سر و صدا، عصبانیت، استرس هیجانی و... .

سؤال ـ استرس هیجانی چیست؟

جواب ـ آنچه مسلم است هر نوع تأثیری مولد یک نوع استرس (فشار) است. یعنی یک نوع ناهماهنگی و تشنج عصبی به وجود می‌آورد و باید استرس‌هایی را که در اثر عوامل مختلف به وجود می‌آیند تفکیک نمود. مثلاً بعضی تأثرات شدید باعث رنگ

پریدگی و حتی از دست دادن حافظه می‌شود. لیکن گاهی ممکن است تولید شدت جریان نبض و فشار شریانی و در نتیجه تولید یک ناراحتی قلبی نماید.

سؤال - پروفسور به این ترتیب جواب این سؤال در مورد دلایل فشارخون بسیار پیچیده است، ولی یک بیمار فشارخونی چطور می‌تواند موقعیت خود را بفهمد و آیا دستورات دقیقی در این مورد وجود دارد؟

جواب - اکثر بیماران متوجه این موضوع نیستند، یا علائمی مشاهده نمی‌کنند یا اصولاً نسبت به آن بی‌توجه هستند. این علائم عبارت‌اند از تپش شدید قلب و افزایش آن در مواقعی که فشاری بر قلب وارد می‌آید. سردرد و سرگیجه و ناراحتی‌های عضلانی واضح و کرامپ عضلانی، وزوز در گوش‌ها، ذرات مقابل چشم، خواب‌های وحشتناک، پریدن از خواب و غیره. واضح است که وقتی بیمار به وسیلهٔ پزشک متوجه بیماری خود می‌شود تا حدودی مضطرب می‌شود و دقت بیشتری در حال خود می‌نماید و این سؤال پیش می‌آید که آیا دچار ترس و وحشت می‌شود؟ باید گفت از نظر روانی، اول خیر؛ ولی بعداً دچار ترس می‌شود. چون به وی تذکر داده می‌شود که بیشتر از این مواظب خود باشد.

سؤال - آیا ورزش برای افراد فشارخونی ممنوع شده است؟

جواب - بعد از یک سن معینی باید گفت بله، زیرا با یک فشارخون ۱۰۰-۱۸۰ و انجام ورزش سنگین، احتمال پارگی یک شریان مغزی و متعاقباً در بر داشتن یک حلمهٔ قلبی و یا خونریزی (هموراژی) وجود دارد. در نتیجه ورزش‌های سنگین برای بیماران فشارخونی ممنوع می‌شود. بیمار می‌تواند یک یا دو ساعت در روز قدم بزند و یا تمرین‌های بسیار سبکی را انجام داده، سعی کند خود را دچار خستگی نکند. من شخصاً تنیس را مجاز نمی‌دانم، همچنین دویدن در کوهستان‌ها و اسکی؛ مگر اسکی روی یک سطح صاف و پایین، بقیه را مضر می‌دانم.

سؤال - شما فکر نمی‌کنید که هر کسی دارای شرایطی خاص باشد؟

جواب - البته ولی در مورد همه صدق نمی‌کند. اشخاص کاملاً متعادل از اینکه بعضی از اعمال فیزیکی آنها چنانکه باید و شاید با سلامتی آنها مطابقت نمی‌کند، متعجب

نمی‌شوند. ولی هستند کسانی که نمی‌توانند قبول کنند که دچار یک (ضعف عروق قلبی Cardio Vasculaire) شده‌اند و با وجود مبتلا بودن به یک فشارخون ثابت خواهند گفت «برای من مهم نیست، من چیزی احساس نمی‌کنم، مثل سابق به زندگی خود ادامه خواهم داد.» البته این یک ریسک است و بالأخره آخرین دسته، افرادی هستند مضطرب و از ترس اینکه مبادا در معرض حمله قرار گیرند، مدام در وحشت به سر می‌برند و به همین دلیل به طور کلی از فعالیت دست کشیده، هیچ نوع حرکتی نمی‌کنند. حتی بدون ماشین جایی نمی‌روند و این امر البته نتایج نگران‌کننده‌ای نیز مانند رخوت عمومی و ضعف عضلانی در بر خواهد داشت. این تغییر حالت فیزیکی شخص اولاً از نظر اخلاقی بسیار شوم است و بعد از آن عامل یک ناراحتی عمومی خواهد بود و متابولیسم انسان دچار عدم تعادل شده، به سوی تصلب شرایین شدید سوق می‌کند.

سؤال ـ آقای پروفسور با این همه مشکلاتی که شما در این مورد ذکر کردید پس چطور مریض خود را تحت مراقبت قرار می‌دهید؟

جواب ـ در درجهٔ اول دکتر باید از نظر موانع بیمار خود را بشناسد و وضع او را تشخیص داده، توصیه‌های لازم به او بنماید. پس‌زدن‌های خیلی سخت، بازگشت‌های نگران‌کننده در بر خواهند داشت و باید اول وضع هر کدام آنها را با تعدیل خون و طرز تغذیه و اعمال حقیقی آنها تنظیم نمود. در درجهٔ اول نباید داروهای فشارخون تجویز نمود. بلکه استفاده از آنها موقعی به کار می‌آید که مراقبت‌ها و محدودیت‌ها و توصیه‌ها نتیجهٔ ثمربخشی در بر نداشته باشند و در اینجاست که استفاده از داروهای مخصوص بسیار مهم و غیرقابل انکار است.

سؤال ـ چند لحظه پیش جنابعالی فرمودید که رفتن به مناطق کوهستانی و جاهای مرتفع برای افرادی که فشارخون آنها از حالت عادی خارج است ممنوع می‌باشد، در حالی که طبق تحقیقاتی که به عمل آمده غالباً افرادی که در جاهای بلندتر از سطح دریا و مناطق کوهستانی زندگی می‌کنند، اصلاً یا کمتر دچار بیماری فشارخون و حتی انفارکتوس می‌شوند. کدام‌یک از این دو را باید پذیرفت؟

جواب ـ بدون شک منظور شما اشاره به تحقیقاتی است که توسط سازمان بهداشت

جـهانی شـده است. مـانند اطـلاعاتی کـه اخـیراً تـوسط هـمکار ژنـوی مـن پـروفسور «پیمه‌مورِت» که دربارهٔ زندگی افراد در جلگه‌های مرتفع تـحقیق مـی‌کند، ارسـال شـده است. البته باید مردم هند را نیز به آن اضافه نمود. ولی این را هم در نظر داشته باشید که آنها نسل در نسل در آن مناطق زندگی کرده‌اند و پاره‌ای از عادات و دگرگونی‌های جسمی از طریق وراثت به آنها منتقل گردیده است و این مسلم است که زندگی بومی در ۱۰۰۰ متر ارتفاع تغییراتی از جمله ازدیاد تعداد عروق و افزایش منحنی آنها در بدن انسان پدید می‌آورد که کار رساندن خون به اعضای بدن را آسان و معتدل می‌سازد و باز هم یادآور می‌شوم که در آنجا هم گاهی اوقات بیماری فشارخون دیده می‌شود.

سؤال ـ پروفسور ممکن است دربارهٔ تفاوت میان فشار اولیه و فشار ثانویه توضیحاتی بفرمایید؟

جواب ـ فشارخون اولیه همان فشارخون اصلی می‌باشد و البته فشار دقیقی از آن در دست نیست. اگر بخواهیم فشارخون ثانویه را از نظر دلیل و ساختار مورد بـررسی قـرار دهیم، مانند این است که بخواهیم مسئولیت غدد مترشحهٔ داخلی را نیز معین کنیم که مرتب کننده و دال بر وجود کشش در تعادل هستند.

سؤال ـ آقای پروفسور آیا همیشه آرتریواسکلروز (تصلب شرایین) و فشارخون همراه یکدیگرند؟

جواب ـ بله مخصوصاً در نیمهٔ دوم عمر و این همبستگی عامل بسیار مهم و جدی در ناراحتی‌های مغزی و قـلبی است و تـعداد زیـادی از بـیماری‌ها مـثل انـفارکتوس از آن سرچشمه می‌گیرد. از طرف دیگر فشارخون بعد از یک مدت طولانی با فشاری که به قلب می‌آورد، باعث خستگی و ضعف تدریجی آن می‌شود که اثر آن ناراحـتی‌های تـنفس و بالأخره مرگ خواهد بود. این اثر عدم توانایی بطن چپ قلب است. لذا توصیهٔ من به همهٔ خوانندگان این است که در سنین بالا به وضع تغذیهٔ خود توجه بیشتر بفرمایند. مصرف چربی راکم و از زیاده‌روی در غذاها خودداری نمایند. مواظب اعصاب خود باشند و به هر حال از تحریکات و هیجانات پرهیز نمایند.

سؤال ـ چگونه شخص می‌تواند بفهمد که دچار فشارخون شده است؟

جواب ـ کسانی که به سلامت و تندرستی خود علاقه‌مند هستند، مخصوصاً از ۴۰ و ۴۵ سالگی به بعد باید باکوچک‌ترین نشانه و اعلام خطر، خود را به پزشک خانوادگی یا متخصص قلب و عروق نشان دهند.

سؤال ـ ممکن است بفرمایید هیپوتانسیون یاکمبود فشار خون چیست و چه علائمی دارد؟

جواب ـ وقتی که فشارخون شریانی به پایین‌ترین درجه برسد، یعنی ۱۰۰ میلی‌متر جیوه یا ۱۰، فشار از حد متعارف پایین‌تر آمده و موجب عوارضی می‌شود.

شخصی که فشارش کمتر از حد طبیعی است، دچار سرگیجه، خستگی و بی‌حالی می‌شود و حتی صبح‌ها قدرت حرکت ندارد و احساس کوفتگی می‌کند.

باید گفت که کم شدن فشارخون علل مختلف دارد که باید مورد توجه قرار گیرد.

فشارخون و تنظیم آن
(جلوگیری از حمله‌های قلبی)

پزشکان ژاپنی به اجرای برنامهٔ همه جانبه‌ای جهت تقلیل حمله‌های قلبی، از طریق کنترل مهمترین عامل این بیماری یعنی (هیپرتانسیون Hepertension) مبادرت ورزیده‌اند.

ژاپن از لحاظ این قبیل بیماری‌ها، در صدر کشورهای دنیا قرار دارد و در ناحیهٔ آکیتا واقع در شمال غربی سرزمین هُنشو این بیماری از همهٔ نقاط دیگر این کشور شایع‌تر است.

شرح زیر دربارهٔ خانم پیر ۶۰ ساله‌ای به نام «سایتو» نگاشته شده که در دهکدهٔ زراعی کوچکی در آکیتا زندگی می‌کند.

دهکدهٔ این خانم در زمین مسطحی پر از کشتزارهای برنج، قرار گرفته که در مقابل این زمین دریای ژاپن واقع است. در زمستان بادهای سرد شمال و غرب برف را به ارمغان می‌آورند. گرمای تابستان‌ها سبب رشد کافی برنج در مزارعی است که ۲۰۰ سال کشت و زرع و آبیاری می‌شود.

در ۱۹۷۰، هیئتی از پزشکان مرکز شهر جهت آزمایش اهالی دهکده از نظر

بیماری‌های ضعف عروق قلبی روانهٔ این محل می‌شوند.

خانم سایتو برای دوستان تعریف می‌کند که تمام دوران زندگیم را با قناعت گذرانیده‌ام و برای والدینم، بچه‌هایم و شوهرم زحمت کشیده‌ام. چهار فرزندم بزرگ‌اند و در طول زندگیشان سالم بوده‌اند و اکثر مردان را با یک دست ضربه می‌کنم.

دکتر ضمن اندازه‌گیری فشارخون این خانم در می‌یابد که فشار انبساط قلبش تقریباً طبیعی است. و فشار انقباض قلب وی نسبتاً زیاد است و به این خانم می‌گوید تا دو هفتهٔ دیگر برای اندازه‌گیری مجدّد مراجعه کند.

خانم سایتو به دکتر می‌گوید که علتی در خورِ توجه در من یافت نمی‌شود. زیرا سیگار نمی‌کشم، سبزیجات زیاد مصرف می‌کنم و کار هم می‌کنم. عصرها برای رفع خستگی یک یا دو لیوان ساکی (آشامیدنی مرسوم در ژاپن) می‌نوشم. پدر و مادرم هر دو متجاوز از ۷۰ سال عمر کردند و در این مدت سالم بودند تا اینکه وقت مرگشان فرا رسید. این خانم دو هفتهٔ دیگر برای دومین بار جهت آزمایش پیش دکتر می‌آید. این بار دکتر به او می‌گوید که فشار انقباض قلبش ۹۶ و در هنگام انبساط ۱۸۰ است. حالت غیرطبیعی در او دیده نمی‌شود، اما کاردیوگرافی افزایش فشار خون خفیفی را نشان می‌دهد.

او را با گزارشی از این آزمایش پیش دکتر محل اعزام می‌کند. دکتر جهت تقلیل فشار خون این خانم داروهایی برایش تجویز می‌نماید و خانم سایتو با بی‌میلی آنها را مصرف می‌کند و بعد از دو هفته مجدّداً برای معاینه پیش دکتر می‌رود. رژیم دستور داده شده را تا مرحلهٔ بعدی ادامه می‌دهد و سه هفتهٔ بعد جهت معاینهٔ دیگری مراجعه می‌کند. این بار فشارخون به حد طبیعی رسیده و این خانم به خود می‌قبولاند که سلامت است. لذا در خوردن قرص‌ها سستی می‌کند و بعد به طور کلی آنها را ترک می‌کند.

این روزها خانم سایتو اصواتی در گوش خود می‌شنود و گاه‌گاهی دچار سردرد می‌شود. خوب این حالت در مورد تمام خانم‌های پیر ۶۰ ساله صادق است.

پاییز همین سال برنج حاصل خوبی به بار آورده است. خانم سایتو به خاطر ارزانی داشتن این همه نعمت شکر خدای را به جای می‌آورد.

به ناگاه مریض می‌شود، احساس سنگینی در دست راست می‌کند و قادر به حرکت آن

نیست. او می‌خواهد طلب کمک کند، اما زبانش قادر به ادای هیچ صوتی نیست. لحظات بدین منوال سپری می‌شوند. تا اینکه چند دقیقه بعد عروس او، او را بدین حالت درمی‌یابد. او را کمک کرده، به رختخواب می‌برد. ۱۰ دقیقه بعد از این حمله حال خود را باز می‌یابد و اصرار می‌ورزد که سالم است. ولی با مراجعه به پزشک موافقت می‌کند. دکتر به او توصیه می‌کند که به بیمارستان دانشگاه در ۶۰ کیلومتری برود. او می‌رود ولی با بی‌میلی.

او اکنون علائم بیماری حمله را به عنوان زنگ خطری برای بروز آن، تجربه کرده بود؛ قدرت‌نداشتن برای حرکت قسمتی از بدن (اغلب در یک طرف بدن)، فقدان حس در قسمتی از بدن (اغلب در یک سمت بدن)، تاریک‌شدن ناگهانی یک چشم، یا احساس ناتوانی جهت دیدن جوانب وقتی که به یک نقطه خیره می‌شود. این نشانه‌ها موسوم به علائم زودگذر حملهٔ مغزی هستند.

علائم ممکن است یک یا چند بار قبل از حمله رخ دهند. سایر نشانه‌ها چنین‌اند؛ از دست دادن قدرت بیان یا لُکنت زبان، فلج یک سمت صورت، از دست دادن قدرت حرکت در پاها، تمام این نشانه‌ها ممکن است ناگهان (در آن واحد) رخ دهد و از چند دقیقه تا چند ساعت طول بکشد و سپس به طور کامل محو گردد. در چند مورد نادر ممکن است این حالت تا چند روز به طول انجامد.

در طول اقامت خانم سایتو در بیمارستان، فشارخونش مرتباً اندازه‌گیری می‌شود. (نیرو) فشارانقباض قلب خانم بین ۹۵ـ۱۱۰ متغیر است و فشار انبساط قلبش بین ۱۸۰ـ۲۰۰.

دکتر او را تحت رژیم غذایی سختی از جهت مصرف کم نمک و داروهای کم کنندهٔ انبساط فشارخون قرار می‌دهد و چنین توضیح می‌دهد که افزایش فشارخون حالت مزمنی است و اشخاص مبتلا به این بیماری باید مرتباً فشارخون خود را اندازه بگیرند.

همان طور که معالجه در کاهش فشارخون مُؤثّر است، غفلت از درمان، هر آن ممکن است باعث افزایش فشارخون گردد. همچنین بیماری افزایش فشار خون موجب ضایعاتی در جدار شریان می‌گردد. شریان‌هایی که ضایعه در آنها منجر به بیماری مغزی،

قلبی و کلیوی می‌شود.

مسئلهٔ مهمی که در خور اهمیت است، موضوع عدم آگاهی اشخاص به دارا بودن این بیماری است. بررسی در آتلانتا در ایالات متحدهٔ امریکا و گوتنبرگ آلمان نشان می‌دهد که نیمی از افراد میانسال مبتلا به بیماری افزایش فشارخون، نمی‌دانند به این مرض دچارند.

وسایلی که فرصت اندازه‌گیری فشارخون را به بیمار بدهد، باید در مراکز عمومی چون داروخانه‌ها، بخشی از فروشگاه و ایستگاه‌های زیرزمینی دایر گردد.

در یک پژوهش سه هفته‌ای در مورد ۸۷ نفر از کسانی که از فشارسنج شخصی استفاده می‌کردند نشان می‌دهد که ۶۷ نفرشان ترجیح می‌دهند برای سنجش فشارخون به کلینیک مراجعه کنند.

تحقیق دیگری در این زمینه، آشکار می‌کند که در طول یک سال، پنج درصد افراد گرفتار افزایش فشارخون، دچار حملهٔ قلبی می‌گردند.

بهبود کامل از یک ضربهٔ قلبی کوتاه نمی‌تواند این اطمینان را به ما بدهد که دیگر این مورد پیش نخواهد آمد. مگر اینکه مقدمات پیشگیری از خطرات بعدی آن فراهم گردد. اگر مریض پیشگیری نکند، این نقیصه که عبارت از پیدایش تغییراتی در رگ‌های رسانندهٔ خون به مغز است، باقی می‌ماند.

این تغییرات به سبب تصلّب شرایین که خود موجد حمله‌های زودگذر است، به وجود می‌آید که این امر به تجربهٔ خانم سایتو هم رسیده است. این تغییرات همچنین ممکن است صدمه‌ای را باعث شود که موجب ناتوانی دائمی گردد. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که معالجهٔ بیماری افزایش فشارخون، موجب کاهش مقدار قابل توجهی از درد در اندام‌های قلب، مغز و کلیه گردیده است.

هیئتی از افراد کارآزمودهٔ امریکایی، وظیفهٔ مطالعه روی افراد مبتلا به این بیماری را که همه در سطح اعتدال دچار آن بودند، به عهده گرفتند.

فشار انقباض قلب این عده بین ۹۰ تا ۱۱۴ و میانگین سن آنها ۵۰ سال بوده است.

این بیماران به دو گروه تقسیم شده‌اند. گروه اول مشغول معالجه بودند و گروه دوم

اقدامی جهت معالجهٔ آنها نشد. در طول پنج سال تجسّس، این نتیجه به دست آمد که: ۱۱ نفر از گروه ۱۲۴ نفری دوم دچار سکتهٔ قلبی ناشی از غلبهٔ خون شدند و ۲۰ نفر از همین گروه دچار حملهٔ قلبی گردیدند که در مورد ۱۲ نفر از آنها حملهٔ شدید مشاهده گردید.

در میان گروه ۱۸۶ نفری اول موردی از سکتهٔ قلبی ملاحظه نشد و فقط پنج مورد حملهٔ قلبی دیده شد.

از این مطالعات نتیجه گرفته شد که تحت بهترین شرایط پزشکی امکان کاهش تعداد افراد دچار سکتهٔ قلبی و حملهٔ قلبی هست. البته این امکان در نقاطی که از خدمات پزشکی و کادر مجهز (مرکب از اشخاص متخصّص و دستگاه‌های فنی) به طور کامل برخوردار نباشد به صورت فوق وجود ندارد.

در سال ۱۹۷۱ هیئتی به نام (Who) مطالعه‌ای را در خصوص مبتلایان به بیماری فشارخون از اجتماعات مختلف سراسر جهان، آغاز نمود. این تلاش‌ها به منظور پی بردن به میزان اثر معالجه و نیز شمارش افرادی که این بیماری در آنان خفته است، آغاز گردید.

در اجتماعاتی که معلوم شود، این بیماری در نتیجهٔ کمبود وسایل درمان شایع است، قدم‌های مؤثری در بهبود آن برداشته خواهد شد. این برنامه باید نتیجهٔ خوبی در مورد حمله‌های قلبی و سایر پیچیدگی‌های مربوط به افزایش فشار خون به بار آورد.

در هر حال موفقیت در برنامه‌های تنظیم فشارخون تا حد زیادی بسته به درجهٔ رشد فکری مردم دارد. بدون همکاری کامل مردم علاقه‌مند، این برنامه به هدف نخواهد رسید. مثلاً در مورد خانم سایتو، همکاری ایشان و دیگر دوستانش موجب به‌دست‌آمدن نتیجهٔ موفقیت‌آمیز گردید. خانم سایتو اکنون به دهکدهٔ خود بازگشته است. جایی که در ردیف یک منطقهٔ نمونهٔ بومی در تسهیل این هدف، قلمداد می‌شود.

اهداف این برنامه، تقلیل تعداد حمله‌های قلبی به میزان نصف در خلال ۳ تا ۵ سال آینده است. خانم سایتو اکنون پیشرو این هدف است و نه تنها دستورات پزشک را خود به مرحلهٔ اجرا درمی‌آورد، بلکه مشوّق سایر روستاییان برای اجرای دستورهای پزشک و پیشگیری از بیماری است.

فشارخون شریانی در نزد اطفال

یک تحقیق علمی توسط دکتر «ژان پاتریس آلن» فرانسوی در وضع اطفال چاق، نشان داده است که اطفال از شش سالگی امکان گرفتارشدن به فشارخون را دارند.

به طوری که دکتر آلن بر روی ۹۰۰ طفل آزمایش و تحقیق نموده است، فشارخون در اطفالی که مبتلا بوده‌اند، بدین صورت بیشتر از حد طبیعی بوده است:

فشار خون شریانی در پسرها

از ۶ تا ۸ سال فشارخون شریانی ۸ـ ۱۲ بوده است.

از ۸ تا ۱۰ سال فشارخون شریانی ۸ـ ۱۳ نشان داده است.

و از ۱۰ تا ۱۱ سال فشارخون ۸ـ ۱۳/۵ بوده است.

و از ۱۲ تا ۱۳ سال فشارخون بالا ۸/۵ـ ۱۴ بوده است.

و از ۱۴ تا ۱۸ سال فشارخون ۸/۵ـ ۱۹/۵ نشان داده است.

فشار خون شریانی در دخترها

از ۱۰ تا ۱۲ ساله فشارخون ۸ - ۱۴ یا ۵ - ۱۳ نشان داده است.

از ۱۳ سال تا ۱۵ ساله فشارخون ۹ـ ۱۹ بوده است.

نشانهٔ وجود فشارخون بالا در اطفال

نشانه‌های وجود فشارخون بالا و مخاطره‌انگیز در اطفال، بیش از هر چیز احساس سنگینی در سر یا سردردهای بی‌علت می‌باشد که باید حتماً مورد توجه و معاینه قرار گیرد.

نکتهٔ مهمی که دکتر آلن فرانسوی ذکر می‌کند این است که در اطفال چاق یا چاق‌تر از حدّ متعارف باید فشارخون اندازه‌گیری شود. پس از آنکه وجود فشارخون شریانی بالا در طفلی ثابت شد، باید هر ماه دو مرتبه اندازه‌گیری و کنترل شود.

برای درمان فشارخون اطفال، باید قبل از هر کار از وزن طفل کاسته شود، چه اگر به این موضوع توجه نشود، طفل دچار نارسایی قلب و عروق خواهد شد و در سنین جوانی موجب از بین رفتن طفل خواهد شد.

کبد و بیماری‌های آن

شما که سردرد دارید، به دلیل کارکرد کبد شماست.
شما که دچار میگرن هستید، کبدتان دچار نارسایی است.
شما که مرتباً آب ریزش از بینی دارید، باز کبد شما مسئول است.
شما که روی پوستتان دانه می‌زند، کبد خود را دریابید.
شما که چاق می‌شوید، به کبد خود توجه کنید.
شما که دچار خستگی مفرط هستید، به یاد کبد خود باشید.
شما که صبح‌ها دهانتان تلخ است، به یاد داشته باشید که کبد شما نارساست.
شما که رنگ پوستتان تیره است، دچار ضعف و نارسایی کبد هستید.
شما که رنگ چشمانتان شفاف نیست، بدانید دچار ضعف یا تنبلی کبد هستید.
شما که غذا در گلویتان ترش می‌شود، بدانید کبد شما مواد صفراوی بـه قـدر کـافی نمی‌سازد.

شما که دچار جوش و آکنه هستید و شما که دچار حساسیت می‌شوید، همه به علت نارسایی کبدتان پیش می‌آید.

به یاد داشته باشید که در همه حال کبد به شما سلامتی یا بیماری می‌دهد. فراموش نباید کرد که بیماری کبدی یک وضعیت اختصاصی دارد و باید گفت تقریباً یک نارسایی جزئی کبد باعث بسیاری عوارض می‌شود که ظاهراً ناشناخته است. یک پزشک کاردان می‌تواند به خوبی با معاینات دقیق ضعف و نارسایی کبد شما را بیابد و به درمان بیماری شما توفیق یابد. وضع کبد و چگونگی فعالیت آنها را از زبان کبد برای شما بیان می‌داریم.

(کبد)، من در بدن شخصی به نام حمید که ۴۷ سال دارد و تاجر بسیار فعالی است قرار گرفته‌ام. حمید دربارهٔ دندان‌ها و موها و حتی از وظیفهٔ ریه‌ها و قلب خود تـا انـدازه‌ای اطلاع دارد و به آنها اهمیت می‌دهد. ولی از من که یک عضو بسـیار مـهم بـدن هسـتم

کوچک‌ترین خبری ندارد و توجهی به من نمی‌کند. او فقط می‌داند دارای یک کبد است؛ ولی نمی‌داند چه شکلی دارم و در کدام نقطهٔ بدن هستم و چه وظایفی انجام می‌دهم.

وزن من در حدود یک‌ونیم کیلوگرم است که بیشترین وزن بین اعضای او به شمار می‌آید و در عقب قسمت پایین دنده‌های راست سینه و شکم وی قرار گرفته‌ام. من دیده نمی‌شوم و در صورت سالم بودن قابل لمس نیستم. من بیشتر از پانصد وظیفهٔ مهم و مختلف دارم. هرگاه در یکی از وظایف خود غفلت کنم، باید فاتحهٔ حمید خوانده شود. به طور کلی در تمام اعمال بدن شرکت می‌کنم؛ مثلاً برای ماهیچه‌های او نیرو پخش می‌کنم، مواد چربی را که به وسیلهٔ غذا وارد بدنش می‌شود حل نموده به هضم می‌رسانم، ویتامین B به وجود می‌آورم، به طوری که در تاریکی هم قدرت بینایی داشته باشد.

برای تولید یک محصول سادهٔ شیمیایی باید یک کارخانهٔ عظیم و تشکیلات بزرگی فراهم باشد، در صورتی که من به تنهایی برای تحولات بیشماری که بدن احتیاج دارد، لااقل هزار آنزیم تهیه می‌کنم. مثلاً اگر در انگشت حمید جراحتی رخ دهد، باید فوراً مواد انعقادکنندهٔ خون به آن محل برسانم، والاّ ممکن است خونریزی زیاد باعث ایجاد خطر گردد. به علاوه لازم است پیوسته برای دفع اجسام خارجی آنتی‌کر به وجود آورم تا از ناحیهٔ میکروب‌ها صدمه‌ای به او وارد نشود.

گاهی در نتیجهٔ غذای سنگین و نامناسب، مواد خطرناکی ناشی از آلبومین تولید می‌شود که اگر وارد خون گردد او را به هلاکت می‌رساند. من فوراً این مواد را به آلبومین انسانی و قابل هضم تبدیل می‌کنم و آنچه زیادی است، به شکل اوره در می‌آورم تا از راه کلیه‌ها و ادرار به خارج دفع گردد.

غدد فوق‌کلیوی گاهی مقدار زیادی از هورمون‌هایی که نمک را به خود جلب می‌کنند، تولید می‌نمایند و هرگاه من این ترشحات اضافی را دفع نکنم، فوراً حمید دچار بیماری و خیز در بدن می‌گردد.

دربارهٔ قلب هم کمک‌های زیادی انجام می‌دهم چون به وسیلهٔ ورید مخصوصی که در بالای من قرار گرفته، مستقیم با قلب ارتباط دارم. اگر خون اضافی باعث اختلال در کار قلب شود، فوراً مانند اسفنج بزرگ می‌شوم و خون زیادی را در خود حبس می‌کنم و فقط

به اندازهٔ کافی به قلب خون می‌رسانم. من بزرگ‌ترین عضو دفع سموم می‌باشم و هرگاه به بدن حمید مختصر سم یا نیکوتین و قهوه و انواع و اقسام مواد شیمیایی دیگر وارد شود، زود به مبارزه پرداخته این سموم و مواد مضر را خنثی می‌کنم تا به او صدمه نرساند. شما باید بدانید هرگاه یکی از اینها را مستقیم به همان ورید بالای من تزریق کنند، یعنی بدون واسطهٔ کبد باشد، فوراً او به هلاکت می‌رسد.

دربارهٔ مشروبات الکلی خدمات بزرگ انجام می‌دهم. چون فوراً الکل را به گاز کربنیک و آب تبدیل می‌کنم. مثلاً اگر او یک لیوان ویسکی یا سودا و یا قدری آبجو بنوشد، من در یک ساعت تمام الکل را از بین می‌برم و اگر همیشه به همین منوال عمل نماید صدمه‌ای متوجه او نمی‌گردد. ولی اگر در این مشروب افراط نماید، باید تمام روز و شب تلاش کنم تا ضرر آن را خنثی کنم و هرگاه این افراط ادامه یابد، دیگر قادر به انجام وظیفه نخواهم بود و او به خطر می‌افتد.

به علاوه گاهی خود بدن نیز سمومی تولید می‌کند که وظیفه دارم آنها را خنثی کنم. مثلاً اگر حمید ورزش‌های سنگین و طولانی انجام دهد، عضلات او احتیاج به سوخت مواد قندی دارند که زیادی آن باعث یک نوع سم به نام اسید لاکتیک می‌گردد که بسیار خطرناک است و ممکن است تمام بدن را مسموم کند. من برای رفع این خطر سریعاً گلوکز را تبدیل به گلیکوژن نموده، در خود ذخیره می‌کنم و با کمال صرفه‌جویی، طبق احتیاج به عضلات می‌رسانم. همچنین اگر حمید زیاد شکلات بخورد، قند موجود در آن را نیز تبدیل به گلوکز می‌نمایم. چون اگر مقدار آن زیاد باشد حمید غش می‌کند و من مجبورم دراین مورد باز گلوکز را تبدیل به گلیکوژن کنم و گاهی برعکس گلوکز بدن کم می‌شود که باید از گلیکوژن ذخیره‌ای را که دارم تبدیل به گلوکز کنم و وارد خون نمایم.

دربارهٔ گلبول‌های سرخ حمید هم باید مواظبت کامل نمایم. شما باید بدانید که در هر ثانیه حدود نیم میلیون گلبول سرخ در بدن از بین می‌رود و من باید از یک طرف از مواد گلبول‌های مرده، گلبول‌های نو به وجود آورم و از طرف دیگر از این گلبول‌های تلف شده، یک لیتر صفرا (زرداب) تهیه کنم.

صفرا در بدن اهمیت زیادی دارد و این مادهٔ تلخ که به رنگ زرد و خاکستری است برای

گوارش غذا بسیار لازم است. صفرا در کیسهٔ مخصوصی که در من وجود دارد جمع می‌شود و از آنجا به مقدار لزوم از راه مخصوصی وارد روده و دوازدهه می‌شود. پس موقعی که غذا می‌خوریم این ماده به روده می‌رسد و لخته‌های بزرگ چربی را به ذرات ریز تجزیه می‌کند که قابل حل در آب و قابل هضم باشد. در صفرا دو مادهٔ رنگی مهم وجود دارد به نام بیلی‌روبین و بیلی وردین که از تجزیهٔ گلبول‌های سرخ به وجود می‌آیند. حال اگر مقدار این مواد در خون زیاد باشد، پوست و چشم‌های شخص زرد می‌گردد که در واقع بیماری نیست؛ بلکه عارضه و نشانهٔ اختلال در وظایف کبد می‌باشد. این زردی که یرقان نامیده می‌شود، در ۳ مورد بیشتر پیش می‌آید:

۱ـ مالاریا که مقدار زیادی از گلبول‌های سرخ از بین می‌روند.

۲ـ در پاره‌ای از کم‌خونی‌ها که به علت مسدود بودن مجرای کیسهٔ صفرا، صفرا وارد خون می‌شود.

۳ـ بیماری سلول‌های کبد که آن را هپاتیت می‌نامند.

من سلول‌های ذخیرهٔ زیادی دارم. به طوری که هرگاه ۸۵ درصد سلول‌های من از بین بروند باز قادر به انجام وظیفه هستم. ولی این پیشامد باعث می‌شود که حمید بداند من بیمار هستم. من به اندازه‌ای قدرت دارم که اگر ۸۰ درصدم را قطع کنند می‌توانم در چند ماه از نو به حال طبیعی برگردم و خدمات خود را انجام دهم.

یکی از دشمنان من ویروس‌ها هستند که باعث ورم کبد می‌گردند. ویروس‌ها می‌توانند میلیون‌ها از سلول‌های مرا نابود کنند؛ با وجود همهٔ اینها پس از چند هفته بهبود یافته، سلامت خود را باز می‌یابم. از همه خطرناک‌تر جمع شدن چربی در من است که مزاحم کار سلول‌ها می‌شود و باعث تورم می‌گردد و حتی این چربی‌ها ممکن است از کبد هم تجاوز نموده وارد خون گردند و لخته‌های خطرناک در مجاری خون به وجود آورند. به علاوه زیادی چربی ممکن است سبب نابودی سلول‌ها و تصلّب من شود که آن را سیروز کبد می‌نامند و یک نوع بیماری مزمن و خطرناک است.

عوامل زیادی باعث سیروز کبد می‌شود؛ مانند مسمومیت‌ها مخصوصاً از ناحیهٔ آرسنیک و مواد شیمیایی دیگر و از همه مهمتر مشروبات الکلی است. پس کسانی که در

نوشیدن الکل افراط می‌کنند، به خصوص اگر غذای زیاد نخورند بیشتر از همه مبتلا به این بیماری می‌گردند.

خوشبختانه حمید جزء این افراد نیست؛ او باید بداند هرگاه در نتیجهٔ کار زیاد خسته شود و یا دچار ضعف و بی‌اشتهایی گردد و یا مبتلا به دل‌درد شود یا جوش‌هایی در صورت او ظاهر شود یا چنانکه در بالا گفتیم مبتلا به زردی گردد، از جانب من است و باید خود را هر چه زودتر به پزشک برساند. امروز به وسیلهٔ معاینه (تست) مخصوص، ماده‌ای رنگی را به نام برومسولفالئین در ورید تزریق می‌کنند، و بدین وسیله می‌توانند تشخیص بدهند که من سالم هستم یا خیر؟ این مادهٔ رنگی باید در عرض ۴۵ دقیقه از من خارج شود؛ والاّ من بیمار هستم. آزمایش دیگر تعیین مقدار بیلی‌روبین در خون است.

در موارد بسیار ضروری (مانند سیروز کبد) می‌توانند به وسیلهٔ سوزن خاصی قدری از نسج کبد را بیرون آورده به وسیلهٔ میکروسکوپ آزمایش نمایند.

آنچه من برای سلامتی خودم و حمید توصیه می‌کنم، آن است که در درجهٔ اول باید به وزن خود توجه داشته باشد که چاق نگردد. چون هر گونه علاوه شدن چربی برای تمام اعضا و مخصوصاً من ضرر فاحشی دارد. دیگر اینکه، باید تا می‌تواند از ویتامین‌ها و مخصوصاً ویتامین B استفاده کند، غذای او متناسب و متعادل باشد و مشروبات الکلی ننوشد. من قول می‌دهم اگر او به این نصایح گوش دهد، همیشه خدمتگزار او باشم و او را از ناراحتی‌هایی چون سردردهای مزاحم، بیماری میگرن، عوارض پوستی، چاقی‌های بیماری‌زا، خستگی‌های روزانه یا عوارض حساسیتی و همچنین ناراحتی‌های گوارشی یا جوش‌های ناخوشایند و بالاُخره از هزاران ناراحتی در امان نگاه دارم.

کرم کدو

ایجادکنندهٔ بسیاری از بیماری‌ها و ناراحتی‌های گوارشی

هر کس باید از سلامت زندگی خود اطلاع داشته باشد و از آفت‌ها و عوامل بیماری‌زا آگاهی داشته باشد. سلامت انسان بستگی به عوامل مختلف دارد. این عوامل گذشته از تغذیهٔ سالم، جلوگیری از ورود میکروب‌ها و انگل‌های زیان‌بخش به بدن است. یکی از این انگل‌ها یا کرم‌ها که بسیار زیان‌بخش محسوب می‌شود، (کرم کدو Tenia) است. این حیوان ایجادکنندهٔ بسیاری از بیماری‌ها و ناراحتی‌های گوارشی است. این انگل موذی با بدن بندبند خود و بادکش‌های خاصِ چسبیدن و مکیدن خون و سر مسلّح به قلاّب‌های مستحکم، می‌تواند انگل خطرناکی برای انسان باشد، چه زمانی که تازه از تخم بیرون آمده است و چه موقعی که کاملاً بزرگ شده است.

این انگل تا زمانی که خیلی کوچک است و تازه از تخم بیرون آمده، در اعضای مختلف بدن انسان مثل عضلات، کبد، ریه و مغز می‌تواند زندگی کند و در مراحل جوانی به وسیلهٔ قلاّب‌های نازک به دیوارهٔ داخلی روده می‌چسبد. شیره‌های هضمی هم تا زمانی که جانور زنده است هیچ‌گونه تأثیری بر آن نخواهد داشت.

انواع مختلف تنیا

تنیای مسلح یکی از دو گروه انگل‌های پنهانی است که در بدن انسان زندگی می‌کند. طول قدش به ۳ تا ۶ متر و گاهی هم به ۸ متر می‌رسد. سر چهارگوشه‌ای آن به ۲۵ تا ۵۰ قلاّب مسلح است.

این جانور متصل به دیوارهٔ داخلی روده زندگی می‌کند. در گوشت ناپختهٔ خوک کرم‌های تازه از تخم درآمده را می‌توان یافت، اما تخم آن بیشتر در سبزیجات، آب‌های آشامیدنی یا دست‌های آلوده‌ای که به نحوی با تنیا ارتباط داشته‌اند، وجود دارد.

خیلی زود می‌توان به وجود کرم کدو در بدن افراد مبتلا پی برد. در بچه‌ها و افراد

عصبی و ضعیف، اغتشاشات مختلف و سختی را از قبیل سردردهای شدید و بحرانی و حالات جنون و ناراحتی‌های روحی به وجود می‌آورد.

ناراحتی‌های عمومی ناشی از وجود این انگل در بدن، اشتهای زیاده از حد برای خوردن غذا یا بالعکس بی‌اشتهایی شدید، درد معده، دردهای اعضای داخلی، تهوع، اسهال یا یبوست و گاهی هم دردهای کبدی یا قولنج کبدی است.

غیر از تنیای مسلح نوعی تنیای دیگر وجود دارد که کرم کدوی (غیرمسلح (Botrio-Cepale نام دارد. در افرادی که گوشت گاو ناپخته مصرف می‌کنند بیشتر دیده شده است. طول قد این نوع تنیا ۴ تا ۱۰ متر است و ناراحتی‌های ناشی از آن مثل تنیای مسلح می‌باشد.

در گوشت ماهی اگر کاملاً پخته نشده باشد، می‌توان این انگل را که تازه از تخم بیرون آمده است مشاهده کرد که به خصوص در عضلات و دل و رودهٔ ماهی زندگی می‌کند. بیشتر این قبیل ماهی‌ها متعلق به آب شیرین هستند.

در اروپا کانون‌های مهم آن بالتیک، دریاچه‌های سوئیس، ایتالیا و رودخانهٔ دانوب. در ژاپن، فلسطین و بعضی از دریاچه‌های افریقا و امریکای جنوبی نیز ماهی‌های حامل تنیا دیده شده است. در بعضی از این مناطق به خصوص در بالتیک یک نوع کم خونی شدید در بین مردم دیده شده که ناشی از وجود این انگل در بدن انسان است و Anomia Batiolephalique نامیده می‌شود. این کم خونی تمام آثار و نشانه‌های یک کم خونی معمولی به اضافهٔ اغتشاشات گوارشی و عصبی خاص وجود تنیا را دارد.

از دیگر انگل‌های خانوادهٔ کرم کدو، دو نوع دیگر تنیا را نام می‌بریم. Difylidum و Caninum. گاهی این انگل به وسیلهٔ سگ یا گربه به انسان منتقل می‌شود. زیرا این دو حیوان نیز می‌توانند میزبان کرم کدو و به خصوص نوع Caninum باشند. در این گونه موارد بیشتر بچه‌ها در معرض خطر هستند زیرا تماس نزدیک آنها با حیوانات فوق و بی‌احتیاطی‌های بهداشتی آنها موجب ابتلای آنها به این انگل خطرناک می‌شود.

(هیمنولپیس Hymenolepis) یکی از انواع بسیار کوچک تنیاست و به خصوص در دیوارهٔ داخلی رودهٔ اطفال زندگی می‌کند که طول آن تا ۱۵ میلی‌متر می‌رسد و به تعداد

نسبتاً زیاد در رودهٔ انسان زندگی می‌کند. این جانور از راه دست ازدیاد می‌یابد. به این معنی که دست‌های آلوده به تخم جانور اگر کاملاً شسته نشود، مستقیماً واسطهٔ انتقال تخم جانور به دهان اشخاص می‌گردد و از آنجا وارد معده و روده شده و در جریان طی این مراحل تخم‌ها تبدیل به کرم می‌شوند و در دیوارهٔ روده مستقر می‌گردند و به همین ترتیب افزایش می‌یابند و ناراحتی‌های فوق‌العاده شدیدی را برای اطفال و سایر مبتلایان ایجاد می‌کنند.

راه رهایی از شرّ انگل

از راه‌های مختلفی می‌توان از شرّ تنیا خلاص شد.

برای دفع آن از شربت‌های کلروفرم‌دار استفاده می‌کنند. پوست ریشهٔ درخت انار هم غالباً مفید واقع می‌شود. ولی به طور کلی هرگز در مورد زنان باردار نباید از دارویی برای دفع آن استفاده کرد.

پزشکان گاهی اوقات دارو را تحت نظر خود به بیمار می‌دهند ولی در هر حال حتی بهترین داروی ضد انگل در مورد دفع کامل تنیا نمی‌تواند مُؤثّر واقع شود. مگر اینکه سر جانور هم دفع گردد. در غیر این صورت در ظرف ۶ ماه دوباره تنیای کامل تولید می‌شود و باید مداوا را از نو شروع کرد.

استفاده از دارو کمی دقت و مراقبت لازم دارد. مثلاً یک شبانه روز پرهیز غذایی به صورت استفادهٔ منحصر از شیر یا آش رقیق سبزی‌دار و یک تنقیه قبل از خواب حتماً مفید است. در روز بعد که داروی ضد انگل مصرف می‌شود، به علت خالی بودن روده و معده زودتر و آسان‌تر جذب شده و تنیا به زودی کرخ و سست می‌گردد و در اینجا هم مجدّداً یک تنقیه برای دفع آن لازم است.

پزشکان معمولاً می‌کوشند که بیماران را بستری کنند، چون از تهوّع و سرگیجهٔ بیمار جلوگیری می‌شود.

کمک‌های نخستین

فاصله‌ای بین مرگ و زندگی

پیشرفت سریع تکنولوژی و استفاده از آن، تسهیلات زندگی اجتماعی را فراهم می‌آورد و با خود نیازهای جدیدی را که مستلزم یادگیری‌های بیشتر برای حوادث ناشی از آن است همراه دارد؛ به طور مثال، ایجاد کارخانجات، مسئلهٔ بهداشت محیط کار و رعایت اصول ایمنی و حفاظت را به عنوان اصلی ضروری می‌نماید. ولی با تمام این اقدامات بسیار اتفاق می‌افتد که حوادث پیش‌بینی نشده باعث به بار آوردن خرابی و مصدوم شدن انسان‌ها گردد. الزاماً برای این قبیل اتفاقات باید چاره‌ای اندیشید. روی این اصل است که فنون کمک‌های نخستین در عصر امروز به عنوان فنی که باید همگان از آن مطّلع باشند مورد توجه قرار می‌گیرد.

اگر با مردم آگاه همصدا شویم و بگوییم که کمک‌های نخستین فاصله‌ای بین مرگ و زندگی است، دچار هیچ اشتباهی نشده‌ایم و برعکس با تأیید این گفته توجه همگان را جلب می‌نماییم.

در جهان امروز آموزش هر فرد علاوه بر اینکه بر تجربه و دانش وی می‌افزاید، موجب می‌گردد که تا به هنگام ضرورت، دانش آموختگان با آگاهی کامل از آن به نفع خود و جامعه بهره‌مند گردند.

کمک‌های نخستین فنی است جامع و مفید و مورد نیاز همگان و تجربه‌اندوزی در این رشته در جهان امروز یکی از نیازهای ضروری و اساسی هر اجتماع می‌باشد. بر این اساس، در اکثر کشورهای جهان با توجه به اهداف عالیهٔ جمعیت‌های صلیب سرخ (هلال احمر) این مهم به عهدهٔ گروه‌های جوان این جمعیت‌ها واگذار شده تا با دستیابی به تئوری‌های مفید متخصصان در این زمینه، آموزش‌های لازم را نخست به داوطلبان خدمات انسانی (که نقش مهم آن به صورت بارز در هر تشکیلاتی نمودار است) ارائه دهند

و سپس از این دانش آموختگان، در مواقع ضروری برای نجات انسان‌ها و جلوگیری از ازدیاد سوانح مدد گیرند. بالأخره تکرار این حقیقت ضروری است که کمک‌های نخستین فاصله‌ای بین مرگ و زندگی است. باید گفت در موقع ضروری بدون فوت وقت از دکتر کمک بخواهید و اگر می‌توانید بیمار را نزد او ببرید، والاّ از پزشک درخواست کنید که به بالین بیمار بیاید. تا موقعی که دکتر برسد، احتیاط‌های لازم جهت کمک به بیمار را با کمال خونسردی انجام دهید. هر چه زودتر تصمیم بگیرید که چگونه می‌توانید کمک کنید و ضمناً به خاطر داشته باشید که باید با احتیاط بیشتری رفتار نمایید. زیرا معمولاً بیماران زخمی شدید از وخامت حال خود اطلاع ندارند. بنابراین بهتر است تا روشن‌شدن ضایعات این بیماران را به پشت بخوابانید.

بدون اینکه به بیمار حرکت زیادی بدهید، سعی کنید او را راحت بخوابانید. اول او را گرم کنید. دگمهٔ یقه و کمربند و سایر چیزهایی که ممکن است فشار به او وارد کند، باز کرده، بگذارید بیمار دراز بکشد. اگر رنگ بیمار پریده بهتر است به حال افقی بخوابد. اگر صورت گُر گرفته و قرمز است، کمی سرش را بالا نگاه‌دارید.

بیماری که در حال اغماست، به هیچ‌وجه نباید به او مایعات داده شود، در این گونه موارد برای به هوش آمدن وی می‌توانید از آمونیاک برای استنشاق استفاده کنید. مقداری آمونیاک را در یک دستمال ریخته جلو بینی بیمار بگیرید تا تنفس کند.

بیماری که حواسش بجا باشد، ممکن است یک فنجان قهوهٔ گرم به او بخورانید. در عین حال باید مواظب باشید که بیمار را تکان ندهید. اگر بیمار زخمی دارد که خون فراوان از آن جاری است از دادن مایعات خودداری نمایید. در این گونه موارد تأمّل کنید تا خونریزی بند آورده شود و سپس مایعات مصرف کنید.

در صورت وجود شوک، پوست بدن بیمار سرد و اغلب از عرق پوشیده شده، نبض ضعیف و تند، تنفس نامنظم است. در بعضی موارد ممکن است لرز شدید و با استفراغ نیز همراه باشد. بیمار را با لحاف پوشانده و کیف آب گرم روی دست و پاها بگذارید. ضمناً مواظب باشید که کیف آب گرم حرارتش به اندازه‌ای نباشد که در دست و پا ایجاد سوختگی بکند. به خاطر داشته باشید که کافی نیست تنها روی بیمار را بپوشانید بلکه

باید زیرش نیز گرم باشد.

اگر بیمار بیدار است هر چه زودتر سعی کنید یک فنجان قهوه و یا چای گرم برایش تهیه کنید و ضمناً قدری آمونیاک در دستمال ریخته و در مجاورت بینی بیمار قرار دهید تا استنشاق کند.

این درمان به بیمار اجازه خواهد داد که تا رسیدن کمک‌های بعدی نیرو داشته باشد. در مواردی که بلافاصله پس از یک حادثه شوک وجود نداشته باشد، هیچ بعید نیست بعد از چند ساعتی شوک ظاهر گردد. بدین جهت این درمان معمولاً از لحاظ پیشگیری از شوک فوق‌العاده به نفع بیمار خواهد بود.

ابتدا درمان را از کجا شروع کنیم؟

عارضه‌ای که شدیدتر از همه است باید زودتر از همه مورد توجه قرار گیرد. قبل از هر کار باید به وضع تنفس بیمار توجه گردد. چنانچه دچار اختلال شود و یا به نظر رسد که نفس بند آمده یا راه تنفس بسته است باید به فکر تنفس مصنوعی افتاد و این عمل باید به فوریت انجام شود. برای تنفس مصنوعی بیمار را روی زمین به پشت بخوابانید طوری که سر او کمی به عقب متمایل باشد. در صورتی که شیئی در دهان او قرار داشته باشد، اول آن را خارج کنید و سپس چانه را جلو بکشید و دهان را باز نگاه دارید. احیاناً اگر زبان راه تنفس را مسدود کرده است آن را جلو بکشید. در صورتی که پس از انجام این کارها بیمار شروع به نفس کشیدن نکند، تنفس دهان به دهان را انجام دهید. برای این کار دهان خود را باز کنید نفس عمیقی بکشید. بعد در حالی که سر بیمار عقب کشیده شده است، بینی او را با انگشت‌های خود مسدود کنید، آن گاه دهان خود را روی دهان او قرار دهید. هوای داخل ریهٔ خود را در دهان بیمار خالی کنید تا ریه‌های او پُر از هوا شود، سینه بالا آید. سپس صورت خود را عقب بکشید و به سینهٔ بیمار دقت کنید که با تخلیه‌شدن هوا حالت اولیهٔ خود را پیدا کرده باشد. به این کار به طور منظم ادامه دهید. یعنی درست مانند حالت طبیعی تنفس کردن، البته ۴ بار اول را با سرعت بیشتری انجام دهید. وقتی بیمار شروع به تنفس کرد او را به یک طرف خوابانیده، زانوی او را به طرف بالا و سر را به عقب بکشید تا مجرای هوا باز بماند. دکتر را خبر کنید.

آشنایی به اصول کمک‌های اولیه، امروزه برای همه ضروری است. لذا برای آشنایی شما این مطالب درج می‌گردد.

۱ـ در مورد زخم‌ها و پانسمان یا بستن باند باید توجه نمود که برای زخم‌های باز همیشه پانسمان استریل یا پاک به کار برید و قبل از آنکه زخم را باندپیچی کنید یک کمپرس استریل روی آن بگذارید.

۲ـ هیچ‌وقت پنبه یا چسب را مستقیماً روی زخم قرار ندهید. همچنین از استعمال باند مرطوب خودداری نمایید. گاهی برای پانسمان بانداژ به کار می‌برند. در صورتی که به جای آن بهتر است از گازهای استریل آماده ۱۲×۱۲ سانتی‌متر که در داروخانه‌ها وجود دارد استفاده نمود که نتیجهٔ بهتری عاید می‌شود. انواع باندها عبارت‌اند از: باند لوله‌ای، گاز تاشده، مثلثی شکل و زبانه‌دار.

باندها را باید به طور استریل و در جایی که به آسانی بتوان به آن دسترسی پیدا کرد نگهداری نمود. در صورت لزوم می‌توان باند را از هر نوع پارچه که در دسترس است تهیه نمود و برای جلوگیری از خونریزی و تاب‌خوردن اندام شکسته استفاده نمود.

بانداژ مثلّثی شکل

این نوع بانداژ برای کمک اولیه فوق‌العاده مناسب است، معمولاً از یک متر پارچه درست می‌شود که از قطر تاشده، در این صورت شکل یک مثلث متساوی‌الساقین را پیدا می‌کند.

۱ـ بانداژ سر

در محل زخم یک کمپرس قرار داده و سپس تقریباً ۵ سانتی‌متر بانداژ را تا کرده و آن را روی ابروها قرار دهید. به طوری که رأس مثلّث روی قسمت فوقانی سر قرار گیرد. سپس دو گوشهٔ بانداژ را از بالای گوش‌ها رد کرده و در پشت سر و نزدیک رأس انتهایی آزاد روی هم آورید و از دو طرف به جلو برده و در وسط سر گره بزنید. انتهای آزاد باند را در روی اضلاع متقاطع پشت سر وصل کنید. به این ترتیب باید اطمینان حاصل نمایید که محکمی و سفتی به اندازه‌ای باشد که کمپرس اولیه را به خوبی در محل نگهداری نماید.

۲ـ بانداژ دست

دست را طوری روی باند قرار می‌دهند که مچ دست در وسط قاعدهٔ باند مثلثی قرار گیرد. سپس نوک بانداژ را از دور انگشتان به طرف ساعد بالا می‌آورند و دو گوشهٔ باند را از طرفین به پشت دست برده، چندین بار دور مچ دست می‌پیچانند. سپس گره زده، نوک باند را به گره متّصل می‌کنند.

۳ـ بانداژ پا

پا را روی بانداژ مثلثی به نحوی قرار دهید که انگشتان آن به طرف انتهای باند باشد سپس انتهای باند را روی انگشتان برگردانده و دو گوشه را پس از چندین بار دور زدن اطراف مچ پا گره بزنید. نوک آزاد باند را دور گره پیچانده، محکم کنید.

۴ـ بانداژ برای زخم‌های شانه

دو بانداژ مثلثی شکل را استفاده کنید:

برای بستن زخم شانهٔ راست یکی از آنها را به شکل بانداژ کراوات درآورید و از روی شانهٔ راست و زیر بغل چپ رد کنید، رأس دیگر را در زیر بانداژ کراوات سفت کنید و انتهایش را دور بازو ببندید.

بانداژ زبانه‌دار

این نوع بانداژ معمولاً از پارچهٔ مربعی شکل تشکیل یافته، از داخل به خارج به نوارهای موازی تقسیم شده است. تمام این باند را روی محل آسیب دیده قرار می‌دهند و زبانه‌ها را به طور جداگانه به هم گره می‌زنند. این بانداژ را می‌توان در نقاط معین گشاد و یا سفت کرد و از این لحاظ برای بانداژ روی کمپرس اندام‌ها فوق‌العاده مفید است.

بانداژ لوله‌ای

برای دست معمولاً ۴ سانتی‌متر پهنا و یک الی دو متر طول دارد.

باند لوله‌ای برای سر ۷ سانتی‌متر عرض و شش متر طول دارد. برای پاها ۱۴ سانتی‌متر پهنا و شش الی هشت متر درازا دارد. برای سفت کردن یک باند، یک انتهای

آن را دو بار دور عضو گردانده، سپس طوری بانداژ می‌کنند که هر دور باند، دور قبلی را به خوبی بپوشاند. در مورد اندام، بانداژ را از پایین به بالا و مارپیچی ادامه داده، انتهای باند را با سنجاق سفت می‌کنند یا آن را از وسط نصف کرده، یک گره می‌زنند.

مواظب باشید که فشار بانداژ در تمام نقاط یکنواخت بوده و بانداژ سفت نباشد که جریان خون را متوقف سازد. دست و پا باید از پایین به بالا و از داخل به خارج بانداژ شود. قفسهٔ سینه از پایین به بالا، شکم از بالا به پایین بانداژ می‌گردد. اگر قسمت بانداژ شده تحت فشار قرار گرفته باشد، باید بلافاصله بانداژ را شُل نمایید.

معمولاً بانداژی که برای جلوگیری از خونریزی بیمار به کار برده می‌شود، می‌تواند هر نوع پارچه‌ای باشد. مثلاً یک کراوات و یا حوله و یا حتی پارچه را به چوبی سفت و محکم کنید و آن را روی یک بانداژ یا روی زخم در محل شریان قرار دهید.

حالا اگر چوب را بپیچانید، به تدریج خونریزی بند خواهد آمد. باید متوجه بود که ریسمان بسته شده در بالای محل خونریزی را بیشتر از ۲۰ دقیقه بدون شل کردن نباید به کار ببریم. در صورت امکان سعی کنید که پس از بستن ریسمان زخم را پانسمان و بانداژ نمایید. این عمل اکثراً خونریزی را بند خواهد آورد.

حمل مجروحان

مجروحان سوانح را بهتر است در همان محل راحت گذاشته و تا رسیدن پزشک از حرکت دادن آنها خودداری نماییم. در صورتی که احتیاج به حرکت دادن ضروری است، روش‌های زیر مناسب خواهند بود.

۱ـ اگر به تنهایی مجبور به حرکت دادن بیماری از محلی به محل دیگر باشید بهتر است که یک لحاف یا پتو از زیر او رد کنید و سپس با گرفتن گوشه‌های لحاف یا پتو او را حرکت دهید.

۲ـ اگر دو نفر در محل هستید و می‌خواهید بیماری را حرکت دهید، می‌توانید با قرار دادن دست‌ها داخل هم ایجاد نشیمن کرده و بیمار را روی آن بنشانید. در این موقع بیمار باید یکی از دست‌هایش را دور گردن یکی از کمک‌ها حلقه کند.

۳ـ می‌توانید کمک‌ها پشت هم ایستاده، کمک جلویی زیر زانوهای بیمار را بگیرد.

کمک عقبی دست‌هایش را از زیر دست‌های بیمار بالا آورده و روی قفسهٔ سینه به هم متصل کند.

۴ـ اگر مجروح به حالت اغما و بیهوشی است و جراحت عمیقی برداشته باشد، در این صورت با سه نفر کمک می‌توانید او را حمل کنید. یک نفر از کمک‌ها با یک دستش سر بیمار را نگاه می‌دارد و نفر دیگر زیر قفسهٔ سینهٔ بیمار قرار می‌گیرد و در حالی که دست‌هایش رو به بالاست زیر کمر و سرین بیمار را می‌گیرد، کمک سوم یکی از دست‌هایش را زیر زانو و دست دیگر را زیر مچ پاهای بیمار می‌گذارد؛ در حالی که پاهای بیمار کمی به هم فشرده است، او را به حال افقی حرکت می‌دهند.

۵ـ در مواردی که وسایل نباشد، می‌توان از یک تختهٔ صاف، لنگه در و نظایر آنها که وسط آنها با پارچه پوشانده شده، برای حمل بیمار استفاده کرد.

۶ـ می‌توان یک لحاف را از زیر بیمار رد کرد و با لوله کردن طرفین آن به طرف بیمار محل اتکایی محکم برای دست‌ها تهیه کرد.

گیجی ناگهانی در سالمندان
(*SYDDEN CONFUSION IN THE ELDERLY*)

یکی از عللی که باعث می‌شود بیماری را به طور اورژانس به بیمارستان بیاورند، بروز ناگهانی حالت گیجی و عدم آگاهی به زمان و مکان در افراد مُسن است. این فرد ممکن است قبلاً دارای عملکرد مغزی طبیعی بوده و یا این حالت همراه با زوال مغز در گذشته باشد.

مسئلهٔ اساسی این است که هنگام رو به رو شدن با این اتفاق، یک علت جسمی را باید در نظر داشت و نباید فوراً این حالت را به عنوان یک مشکل کاملاً روانی طبقه‌بندی کرد. البته امکان دارد که افسردگی و سایر بیماری‌های روانی سبب این امر باشند ولی زمانی باید تشخیص قطعی گردد که مسائل جسمانی با دلیل و بررسی کنار گذاشته شوند.

عوامل تسریع کننده

در افراد سالمند، بسیاری از حالات می‌توانند باعث بروز یک گیجی ناگهانی به طور حاد گردند. این عوامل عبارت‌اند از:

۱ـ عفونت‌ها در قفسهٔ سینه، دستگاه ادراری، آندوکادریت و مننژیت (التهاب چرکین پرده‌های مغز)

۲ـ نارسایی قلب.

۳ـ انفارکتوس حاد میوکارد.

۴ـ بیماری‌های عروقی مغزی.

۵ـ آنمی (کم‌خونی).

۶ـ حالات کمبود ویتامین (به خصوص از گروه B).

۷ـ هیپوگلیسمی.

۸ـ دزیدراتاسیون، اورمی، هیپوکالمی.

۹ـ احتباس ادرار یا تجمع مدفوع.

۱۰ـ مسمومیت دارویی ـ بسیاری از داروها شاید باعث این مسئله گردند. ولی عمدتاً شامل گلیکوزیدهای دیژیتال، بنزکسول و دیگر داروهای شبه آتروپین، لوودوپا، مسکن‌ها، هیپنوتیک‌ها و داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای می‌باشد.

۱۱ـ بیماری‌های بدخیم.

علاوه بر سن و زوال فکری قبلی، نقایص شنوایی و بینایی و بیماری پارکینسون نیز باید در نظر گرفته شود. گاهی حتی پس از بررسی‌های کامل یک علت جسمانی را نمی‌توان پیدا کرد.

جنبه‌های بالینی

شکل اصلی چنین نمودی دارد؛ بیماری که آگاهی به زمان و مکان ندارد و از (توهم Hallucination) و (هذیان Delusion) رنج می‌برد. اغلب بیمار برقرار است و سر و صدا می‌کند. همکاری ندارد و به خصوص هنگام شب بیدار است و تمایل به شلوغ کردن دارد که اگر در یک بخش عمومی بستری باشد، باعث ناراحتی سایر بیماران می‌گردد.

به دست آوردن اطلاعات از خود بیمار غیرممکن است و لازم می‌شود که از همراهان بیمار مشروح سابقهٔ وی را به دست آورد.

معاینات بالینی مشکل است و بیمار در مقابل هر عملی مقاومت می‌کند. نکتهٔ مهم این است که به هر حال امکان دارد علائم فیزیکی به طور واضح آشکار نبوده یا حتی به کلی وجود نداشته باشد، در حالی که این بیماران مسن از یک بیماری جسمانی مهم رنج می‌برند. به عنوان مثال، امکان دارد با بیمار مسنی رو به رو شد که دچار برونکوپنومونی است و تب ندارد یا هر کدام از علائم قفسهٔ سینه اگر وجود داشته باشند، ناچیز باشند.

بررسی‌های لازم

ممکن است در نتیجهٔ تشخیص بالینی، عامل کمک کنندهٔ بیماری را پیدا کرد، ولی اگر میسّر نشد، بررسی‌های مخصوص لازم است و کارهای زیر را باید انجام داد:

۱ـ آزمایش خون (Blood count) شامل هموگلوبین، شمارش گلبول سفید یا دیفرانسیه، (سرعت رسوب گلبول‌های قرمز E.S.R).

۱ـ الکترولیت‌ها و اورهٔ خون.
۳ـ کشت خون.
۴ـ رادیوگرافی قفسهٔ سینه و جمجمه.
۵ـ E.C.G (نوارقلبی).
۶ـ تجزیه و کشت ادرار.
۷ـ پونکسیون لومبر (فقط در موارد انتخابی استفاده دارد.)

معمولاً این بررسی‌های ساده برای تشخیص عامل کمک کنندهٔ بیماری کافی است ولی در بعضی موارد امکان دارد که نیاز به بررسی‌های بیشتر باشد.

رسیدگی به وضع بیمار

اصول کار بر مبنای درمان علت زمینه‌ای است. مثلاً تجویز آنتی‌بیوتیک مناسب اگر عفونت در کار باشد یا اگر فکر شود که مسئلهٔ آب و الکترولیت مطرح است، هیدراتاسیون و توجه به تعادل الکترولیت‌ها انجام گردد. تصحیح آنمی، درمان نارسایی قلب و امثال آن.

در ضمن، بیمار مسن، پُر سر و صدا و بی‌قرار، اغلب باعث فشار قابل ملاحظه‌ای روی کادر پرستاری می‌گردد و از حالت بیماری خود سوء استفاده می‌کند. او می‌خواهد همیشه تحت مراقبت و توجه مخصوص باشد. اغلب نگهداری بیمار در اطاق یک نفره مفید است تا مخصوصاً در شب باعث ایجاد مزاحمت برای سایر بیماران نگردد. اگر چه دادن مسکن، ممکن است خطر دزیدراتاسیون و تسریع عفونت قفسهٔ سینه را در بر داشته باشد، ولی تقریباً در مراحل اولیهٔ درمان، ضروری است. مقدار هر دارویی که استفاده می‌شود باید در حداقل نگه داشته شود، داروی انتخابی، فنوتیازین‌ها، و در صورت لزوم کلرپرومازین به مقدار ۲۵ ـ ۵۰ میلی‌گرم (I.M) داده می‌شود.

توجه زیاد از نظر مراقبت عمومی پرستاری مهم است و به خصوص هیدراسیون و بازده اداری نیاز به مراقبت بودن دقیق دارد. به محض اینکه اثر درمان قطعی ظاهر شد، باید داروی مسکن را قطع نمود.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ در مورد بروز حالت ناگهانی و حاد (گیجی Confusion) در یک فرد مسن باید پذیرفت که علت زمینه‌ای جسمانی وجود دارد، مگر اینکه خلافش ثابت شود.

۲ـ درمان اصلی، رفع علل کمک کننده است که معمولاً توسط بررسی بالینی، مشخص می‌شود.

۳ـ دادن مسکن به طور موقت ضروری است. ولی تا آنجا که ممکن است باید رعایت احتیاط را نمود و هر زمان که شرایط بالینی بیمار اجازه داد، قطع نمود.

بخش یازدهم ـ ل ـ م ـ ن ـ و ـ ه

لک و دانه‌های رنگین در صورت

خلاصهٔ نظریه‌های دکتر «سزارینی»، دکتر «سابتای»، دکتر «داچاری»، دکتر «کلین» و آقای «پیرآنتونی» در کنفرانس علمی:

بحث این کنفرانس در مورد لک‌ها و دانه‌های رنگین در چهره بود که میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا دربارهٔ آن پرسیده بودند و چاره خواسته بودند، و اینکه اصولاً علت بروز این دانه‌های رنگین یا سلول‌های ملانوسیت چیست و سیستم رنگدانه‌ای در بدن چگونه است و چرا بعضی چهره‌ها در مقابل آفتاب دچار این لک‌ها یا بی‌رنگی (ویتیلیگو) می‌شوند؟

دکتر سزارینی گفت: افرادی که در این کنفرانس نشان داده شده و همچنین عکس‌هایی که ارائه شده است، لک‌هایی را در چهرهٔ افراد نشان می‌دهد که متأسفانه بیشتر در بانوان بروز می‌کند و بیشتر این لک‌ها در پیشانی به صورت سایهٔ تیره‌رنگی جلوه‌گر می‌شود. در بسیاری دیگر این لک‌ها در گونه و زیر چشم‌ها دیده می‌شود و در عده‌ای این لک تیره روی بینی به وجود می‌آید یا در بسیاری دیگر لک‌ها در کنار گونه‌ها می‌باشد. در بعضی افراد دیده شده که این تاش‌های پیگمانتر به صورت دانه‌دانه است.

آنچه مهم است و در این کنفرانس باید گفته شود اینکه به نظر من این لک‌ها به علت نارسایی کبد است که نمی‌تواند به خوبی رنگدانه‌ها را از سلول‌های سطحی (مالپیگی) پوست بشوید یا بردارد. به نظر اینجانب نظر متخصصین کبد در درمان و راه چاره ضروری به نظر می‌رسد.

دکتر داچاری عقیده داشت که معمولاً یک سری لک‌ها وجود دارد که در بانوان جوان یا دوشیزگان به وجود می‌آید و آن هم به علت اختلالات تخمدان‌ها و هورمون‌های بدن است و در پریود و دوران رگل زیادتر می‌شود. چنانچه بررسی گردد این دوشیزگان و زنان مواد معطر چون انواع عطر و کِرِم‌های مختلف زیاد مصرف می‌کنند. ضروری است این گونه افراد که زمینهٔ آمادگی را دارند، ضمن معالجهٔ داخلی خود از مصرف مواد معطر

خودداری نمایند.

دکتر سابتای گفت: به نظر من در الجزیره که مصرف ادوکلن و عطر به پای فرانسه نمی‌رسد و اصولاً در آنجا کارخانجات عطرسازی وجود ندارد، علت بروز این لک‌ها را نمی‌توانیم به مواد معطر مربوط سازیم. بیاییم بیشتر به داخل بدن و عواملی که باعث رسوب این رنگدانه‌ها می‌شود توجه کنیم.

دکتر سزارینی در سخنرانی مجدّد خود گفت: مسئلهٔ حساسیت در مقابل نور (فتوسانسیبیلنیزاسیون) را که یکی از علل اساسی بروز این لک‌ها می‌باشد، نباید از نظر دور داشت.

طبیعی است که در کشورهایی که آفتاب درخشان و زیاد دارند، بروز این لک‌ها بیشتر است زیرا اثر سمی به واسطهٔ قرارگرفتن در نور (فتوتوکسیسیته) ایجاد می‌شود.

دکتر کلین گفت: اصولاً در عوارض پوستی، چه لک و رنگدانه یا بی‌رنگی (پیسی) باید توجه داشت که این عوارض علت داخلی دارد و باید یک متخصص داخلی مخصوصاً متخصص بیماری‌های کبدی نظر بدهد. این درست است که با مصرف کِرِم‌ها تا حدی به رفع عارضه موفق می‌شویم، اگر به درمان صحیح داخلی نپردازیم کلیهٔ کارهای ما متخصصین به هدر خواهد رفت.

آقای پیر آنتونی متخصص زیبایی گفت: بحث و گفتگو در مورد لک صورت یا این دشمن زیبایی در اینجا برای چاره‌جویی بود...

به طور خلاصه پس از سه روز مباحثه و در آوریل ۱۹۷۵ نتیجهٔ زیر اعلام گردید:

۱ـ اصولاً کسانی که دچار لک می‌شوند، باید توجه خاصی به وضع کبد و دستگاه گوارش خود داشته باشند.

۲ـ و نیز از نور آفتاب پرهیز نمایند.

۳ـ از مصرف مواد معطر خودداری کنند.

۴ـ از مواد غذایی که در رفع این عارضه به آنها کمک می‌نماید بیشتر استفاده کنند.

۵ـ هویج و آب هویج باید جزء غذا و سبزی روزانه باشد، یعنی هر روز یکی دو لیوان آب هویج میل شود.

لوزهٔ سوم

در تغییر هوا، در میان باران و با کوچک‌ترین احساس سرماخوردگی کودکانی که دچار لوزهٔ سوم هستند، تب می‌کنند.

تمام پزشکان به خوبی می‌دانند که در قسمت کاملاً فوقانی حلق نسوج لنفاوی وافر بوده، تشکیل برجستگی‌های متعددی می‌دهند که در دروس تشریح آنها را به اسم حلقهٔ لنفاوی حلق ذکر می‌کنند. قسمتی از آن در حوالی مدخل ترمپ‌ها و بقیه در روی جدار فوقانی و خلفی (پُشتی) حلق پراکنده‌اند. عده‌ای از این غدد به هم چسبیده روی خط وسط سقف حلق تولید عضوی می‌کند که آن را لوزهٔ سوم می‌نامند. تورم این لوزه در طب اطفال حائز اهمیت بسیار است. تصور نمایید که هرگاه عضوی بیمار شبیه به اسفنجی مملو از چرک در قسمت فوقانی دستگاه تنفس و هاضمه قرار گرفته باشد و دائماً ترشحات آلوده کنندهٔ خود را به تمام بدن طفل برساند، رشد و سلامت طفل تا چه حد مختل خواهد شد. بنابراین اگر در این مقاله می‌خوانید که آماس نسوج حلق علت بسیاری از ذات‌الریه‌ها، دل‌دردها، استفراغ‌ها، اسهال‌ها و غیره است تعجب نخواهید کرد. همچنین بعضی کودکانی که حیث قوای دِماغی (فکری) دچار تأخیرند و در خانواده و دبستان مورد طعن قرار می‌گیرند، موجب سستی آنان را امتحان حلق مشخص خواهد نمود.

نسوج لنفاوی سقف حلق هنگام تولد ضخیم است و بعداً به تدریج نازک و ضعیف می‌شود و در حدود بیست سالگی کاملاً از بین می‌رود. در اثر عفونت حجم این بافت‌ها بیشتر شده، دیرتر کاهش پیدا می‌کند. به‌ویژه در فضای کوچکی که در قسمت پشتی بینی کودکان بین دهان و سقف حلق موجود است، این لوزه به صورت جسمی خارجی تولید اختلالاتی می‌کند که از یک طرف به حجم آن بستگی دارد و از طرف دیگر به شدت و ضعف عفونت.

عوارضی که به بزرگ شدن لوزهٔ لوشکا مربوط می‌شود به طور کلی اختلالات تنفسی است و واضح است در مجرای تنفس باریک و تنگ کودکان سوء اثر چنین مانعی بسیار شدید و وخیم خواهد بود. نفس کشیدن طفل خصوصاً هنگام خواب دشوار و صدادار است. دهان بچه نیز تمام شب باز مانده، از آنجاکه طفل پیوسته با دهان تنفس می‌کند، سقف کام در اثر جریان هوا مرتعش شده، کودک به اصطلاح خُرخُر می‌نماید. علاوه بر این آثار وقتی لوزهٔ لوشکا بسیار حجیم باشد، خواب کودک پریشان گشته، گاه‌گاه به قول خودمان از خواب می‌پرد؛ حتی ممکن است تنگی نفس به صورت شدیدتری درآید و در اواسط شب طفل گرفتار حملات خفقان گردد. همین آثار است که در دورهٔ جاهلیت ـ که امیدوارم دیگر سپری شده باشد ـ اطبا و مادران را به فکر کرم‌روده می‌انداخته است.

به علاوه بیمار خردسال تنها موقع خواب در زحمت نیست، هنگام دویدن یا حرکتی سریع، چون تنفس با بینی مشکل است، بچه با دهان باز نفس می‌کشد. رفته‌رفته باز گذاشتن دهان دائمی می‌شود و طول مدت این عوارض روی استخوان‌بندی و جزییات صورت تأثیر می‌کند و قیافهٔ مخصوصی راکه قطعاً تاکنون به آن برخورده‌اید ایجاد می‌نماید. دهان گشادهٔ طفل چنان است که گویی لب فوقانی قادر به مسدود نمودن نیست. لب بالا کوتاه به نظر می‌آید و طبعاً دندان‌ها نمایان می‌باشند. سقف دهان پیداست و دندان‌ها کج و بی‌نظم روییده‌اند. تمام این آثار مربوط به اشکال در عمل اساسی تنفس می‌باشد که ماه‌ها و سال‌ها طول کشیده و به اختلالات کنونی منتهی گشته است.

اختلالات استخوان‌بندی و تغییر شکل منحصر به صورت نیست. در قفسهٔ سینه به زودی عواقب شوم مسدود بودن بینی مرئی خواهد شد. البته هر قدر طفل جوان‌تر باشد این تغییرات سریع‌تر و عمیق‌تر خواهد بود. نامتناسب بودن قفسهٔ سینه نسبت به سایر اعضای کودک فوراً توجه شما را جلب خواهد نمود. سینهٔ طفل باریک و تنگ بوده، مانند اینکه از طرفین آن را فشرده‌اند و در نتیجه جناغ سینه برجستگی پیدا کرده است. گاهی در قسمت تحتانی سینه و روی تمام دنده‌ها یک فرورفتگی و گودی دیده می‌شود که در اثر فشاری است که حجاب حاجز روی استخوان‌های نرم کودک وارد نموده است.

طبیعی است که بسته بودن بینی در طرز تکلّم این اطفال نیز مؤثر بوده و عادتاً این کودکان به اصطلاح تو دماغی حرف می‌زنند. از این مهمتر عوارض شنوایی است که مستقیماً مربوط به انسداد انتهای بینی می‌باشد و چه بسا از این کودکان را که برای سرگیجه، گوش درد و حتی کَری به مطب دکتر می‌برند، علت آنها باید بدانید که فقط به جهت فشاری است که لوزهٔ متورم روی سوراخ ترمپ وارد می‌آورد. حس شامه نیز ممکن است ضعیف گردد و تمام این عوارض گاهی همراه سردردی شدید است که تنها عمل نمودن لوزهٔ لوشکا علاج قاطع آن خواهد بود.

بزرگ بودن لوزهٔ سوم به تدریج در تمام قوای حیاتی طفل اثر می‌کند؛ فعالیت کودک کم می‌شود. از کمترین زحمت و حرکت به زودی اظهار خستگی می‌کند. دائماً مایل است در کُنجی قرار گیرد و چرت بزند. قوهٔ حافظهٔ طفل نیز سست شده برای فراگرفتن دروس و تکالیف درسی خود قادر به سعی و کوشش نیست. بالأخره بعضی از پزشکان اطفال، پاره‌ای از اشکال صرع، برخی از خروسک‌ها و خصوصاً شب در بستر شاشیدن دسته‌ای از کودکان را از اختلالات مربوط به تورم لوزهٔ لوشکا پنداشته، مشاهداتی ذکر نموده‌اند که این عوارض متنوع بعد از عمل نمودن حلق کودک بهبود یافته است.

به اختلالات بی‌شمار فوق که تنها در اثر بزرگ‌شدن لوزهٔ لوشکا پیدا می‌شود، همین که عفونت مزید شد یک سلسله علائم دیگر اضافه می‌شود که مادران سهل‌انگار معمولاً برای آنها به پزشکان مراجعه خواهند نمود.

در این حال کودک دچار زکام سختی است که جریان چرک و ترشحات فراوان بینی آن را آشکار می‌سازد. همین که به گلوی بچه نگاه بکنید، چرک و کثافت را که از بالا به طرف پایین سرازیر است فوراً مشاهده می‌نمایید. غدد لنفاتیک گردن بزرگ و کم و بیش دردناک‌اند. این علائم دلالت بر عفونت نسوج لنفاوی حلق می‌نماید که هر گاه پیش‌بینی و معالجهٔ سریع نشود حفره‌های مجاور نیز متورم گشته، عفونت از راه ترمپ به گوش سرایت خواهد کرد. نزد کودکان بزرگ‌تر در اثر تورم نسوج لنفاوی حوالی ترمپ تدریجاً شنوایی کاسته می‌شود. حنجره نیز بیمار شده، آثار لارنژیت بروز می‌کند. بالأخره هرگاه تأثیر عفونت شدیدتر باشد، سرفه‌های بسیار سخت تمام زمستان‌ها مهمان کودک خواهد

بود. حتی بعضی از تنگی‌نفس‌ها را به این علت منسوب دانسته‌اند.

با در نظر گرفتن اینکه کودکان ترشحات بینی و اخلاط سینهٔ خود را دفع ننموده پیوسته می‌بلعند، به سهولت علت اختلالات هاضمهٔ شدید این بیماران را هم درک می‌کنید و بعدها خواهید دید بسیاری از اطفالی که قرص‌ها و شربت‌ها برای قی و اسهالشان خورده‌اند، روزی بهبود پیدا می‌کنند که طبیب به ضدعفونی نمودن حلق و راه بینی آنها توجه کند. بالأخره همان طور که بعضی از نفریت‌های حاد بعد از آنژین دیده می‌شود، عفونت لوزهٔ لوشکا و نواحی مجاور آن ممکن است تولید نفریت (ورم کلیه) نموده یا مزاج کودک را برای نوع سخت مخملک، دیفتری و بیماری‌های دیگر مستعد نماید.

تشخیص این بیماری ساده است. طفلی که ترشحات بینی وی خشک نمی‌شود، نه تنها با دهان نفس می‌کشد بلکه در کلاس درس با دهان خویش آموزگار را می‌نگرد، خوابش پریشان و قوهٔ شنواییش رو به تنزّل است، مرض دیگری نمی‌تواند داشته باشد. به هر حال توجه به این بیماری در تمام دورهٔ کودکی برای پزشکان واجب است. چه حتی شیرخواران از آن مصون نیستند و در همان روزهای اول بزرگ شدن نسوج لنفاوی حلق مانع مکیدن شیر می‌شود که خود حدس می‌زنید عواقب آن تا چه اندازه خطرناک خواهد بود. هرگاه از وسایل دقیقی که حلق‌شناسان برای معاینه دارند استفاده شود، به خوبی لوزهٔ سوم (لوزهٔ لوشکا) مشخص می‌گردد.

همین که به تشخیص رسیدید خانوادهٔ طفل را قانع کنید که تنها راه معالجه برداشتن لوزهٔ متورم است و این عمل خطر و زحمت مخصوصی ندارد. معمولاً نتیجهٔ آن نیز بسیار خوب است ولی شاید روی عوارض موجود کودک بی‌اثر باشد؛ خاصه در مورد کَری گوش و تنگی نفس (آسم). شیرخواران را هیچ‌گاه نباید بیهوش نمود. برای بچه‌های دیگر هم عده‌ای از متخصصین داروی بیهوشی استعمال نمی‌کنند. عمل نیز بالنسبه ساده است، البته باید رعایت احتیاط را نمود. اولاً هنگام عفونت شدید طفل را عمل کرد و همیشه دو الی سه هفته بعد از افتادن تب می‌توان برای عمل تصمیم گرفت. ثانیاً در بحبوحهٔ سرما یا نزد شیرخواران حتی‌المقدور به این کار نباید اقدام کرد. احتیاط‌های جاری قبل از هر

عمل جراحی نزد اطفال مسلماً مورد نظر خواهد بود و در پایان ایـن مـبحث لازم است تذکر دهیم که اگر بزرگی لوزهٔ لوشکا خود مزاحم است عفونت لزوماً توأم با آن نخواهد بود. بسا اطفال که به عوارض عفونی و ترشحات کثیف لوزه مـبتلا هسـتند بـدون آنکـه آثـار انسداد بینی در آنها دیده شـده بـاشد. هـمچنین اگـر بسـیاری از اوقـات طـفل را بـرای بزرگ‌بودن لوزهٔ لوشکا عمل می‌کنند، گاهی اتفاق می‌افتد که لوزهٔ کوچک را نیز باید حذف نمود تا طفل کاملاً بهبود یابد.

لاغر شدن

چگونه می‌توانید لاغر شوید؟

اگر شما به پزشک مراجعه کنید در درجهٔ اول وضع جسمانی شما را تحت معاینه قرار می‌دهد و توصیه می‌نماید کمتر بخورید چون «چاقی نشانهٔ پُرخوری است».

متخصصین می‌گویند اگر به طور معجزه‌آسا موفق به درمان سرطان شوند و این بیماری را ریشه‌کن نمایند به طول عمر ساکنین کرهٔ زمین یک سال می‌افزایند. اما اگر چاقی را درمان کنند ۵ سال به عمر انسان افزوده می‌شود.

امروز متخصصین دربارهٔ رفع چاقی زیاد تفحّص و تجسّس می‌نمایند. یک نفر انگلیسی به نام «بانتینگ» اولین شخصی بود که در آخر قرن گذشته پیشنهاد نمود، این قبیل اشخاص باید مواد چربی و شیرین نخورند و در عوض زیاد گوشت مصرف کنند. این نوع رژیم علاوه بر اینکه یکنواخت بود، چندان فایده هم نداشت. در امریکا یک رژیم غذایی به نام «هولیوود» معمول شد که عبارت بود از خوردن چند عدد تخم‌مرغ سفت، بدین طریق هم سلامتی بدن تأمین می‌گشت و هم کمتر کالری وارد بدن می‌گردید.

بعضی‌ها پیشنهاد می‌کنند که این اشخاص با خوردن میوه یا لبنیات غذای خود را تأمین نمایند؛ مثلاً در هفته ۱ یا ۲ روز شیر و ۱ تا ۲ روز میوه بخورند.

به هر حال برای لاغر شدن باید چهار نکتهٔ اساسی زیر را به کار برد:

۱ـ سوخت چربی را افزایش داد.

۲ـ آب زیاد بدن را خارج کرد.

۳ـ درمان فیزیکی انجام داد.

۴ـ کمتر غذا خورد.

۱ـ زیاد نمودن سوخت چربی

در بدن هورمونی وجود دارد که سوخت چربی را مرتب و منظم می‌کند و سلول‌ها را به

کار می‌اندازد و سبب دفع کالری می‌گردد. این هورمون از غدهٔ تیروئید (درقی) ترشح می‌شود و اگر مقدار آن تجاوز کند سبب تپش قلب، لرزش دست‌ها یا بی‌خوابی می‌گردد. به همین جهت کمتر از ترشح خالص این هورمون استعمال می‌کنند، بلکه از مشتقات و یا داروهای شبیه آن استفاده می‌نمایند (مانند پروتئین پده).

حرکات بدن و ورزش نیز سوخت چربی را بالا می‌برد، به همین جهت شما کمتر ورزشکار چاق می‌بینید.

زنان بیشتر استعداد چاق شدن دارند چون کمتر حرکت می‌کنند. پس برای لاغر شدن توصیه می‌شود ورزش کنند و حرکات بدنی انجام دهند. اما ورزش‌های سنگین ابداً مناسب نیست و مطلقاً ممنوع است.

راه رفتن بهترین ورزش است که اول با قدم‌های آهسته و بعد با قدم‌های سریع روزی ۴ـ۳ کیلومتر پیاده‌روی نمایید. شنا هم یکی از ورزش‌های مناسب است و شخص را زود لاغر می‌کند. همچنین انواع و اقسام ژیمناستیک و ورزش‌های مختلف روزانه. این طور ورزش‌های تنفسی بسیار مفیدند ولی باید بدانید که ورزش اشتها را زیاد می‌کند و ممکن است اجباراً زیاد بخورید و به نتیجهٔ مطلوب نرسید. پس بهتر است در این موارد رژیم غذایی را کاملاً تعقیب کنید.

دربارهٔ ماساژ عقاید مختلف است. عده‌ای ماساژ را وسیلهٔ لاغر شدن می‌دانند و عدهٔ دیگر مخالف بوده، می‌گویند ماساژ فقط شخص ماساژ دهنده را لاغر می‌کند!! به طور کلی ماساژ با دست برای لاغرشدن چندان مؤثر نیست و فقط برای رفع سلولیت و بعضی از چاقی‌های موضعی ممکن است، مناسب باشد.

۲ـ خارج کردن آب زیادی از بدن

دومین عامل لاغر کردن دفع آب زیادی بدن است که مانند محتوی اسفنج در بدن مخصوصاً با چربی مخلوط و جمع می‌شود و بیشتر همین آب سبب سلولیت می‌گردد.

بهترین طریق دفع آب از راه پیشاب است و برای زیاد نمودن ادرار غذا و داروهای زیادی وجود دارد که دردیورتیک نامیده می‌شود.

برای اینکه داروهای مزبور بیشتر مؤثر شوند باید مصرف سدیم (نمک طعام) به کلی از

غذا حذف شود تا آب در بدن جمع نگردد و برعکس استعمال پتاسیم که اثر مخالف دارد، بسیار مناسب است.

اخیراً داروهای بسیار خوبی کشف شده است که مستقیماً روی سلول‌ها اثر می‌نمایند و آب بافت‌ها را تخلیه می‌کنند. به علاوه باید از نوشیدن زیاد مایعات خودداری شود و به وسیلهٔ حمام‌های بخار یا سونا و غیره از راه تعرّق آب بدن را خارج کرد.

۳ـ درمان فیزیکی

یکی دیگر از دستورهای لاغری درمان فیزیکی است. به طور کل اشخاصی که می‌خواهند یک دفعه لاغر شوند، باید کاملاً تحت نظارت پزشک قرار گیرند تا علاوه بر گرفتن دستورات لازم و رژیم غذایی از راه فیزیکی نیز درمان شوند. طبق تجربه، به‌کارگیری اشعهٔ مادون قرمز و مادون صوت توأماً بسیار مناسب است (مخصوصاً این طریق برای درمان سلولیت‌ها که در تمام اشخاص فربه وجود دارد مفید می‌باشد). همچنین استعمال دستگاه‌های دیگر فیزیکی مناسب‌اند.

۴ـ رژیم غذایی

اگر شخص در خوردن غذا امساک نکند، هیچ‌گونه امیدی برای لاغر شدن وجود ندارد. شرط عمده آن است که مواد واردشده به بدن کمتر از مواد دفعی باشد. گرچه اشخاص فربه اشتهای زیادی دارند و مشکل است کمتر غذا بخورند، ولی چاره‌ای نیست. در این موارد ممکن است به وسیلهٔ داروهایی که اخیراً کشف شده است و مانع از تولید گرسنگی می‌شوند، به شکل قرص روزی یک یا دو عدد میل کرد.

در قسمت غذا باید سعی نمود که میزان کالری به ۱۲۰۰ برسد و برای این منظور باید دستورهای زیر اجرا گردد:

ـ فقط یک نوع غذا و آن هم به مقدار کم میل کنید.

ـ تا می‌توانید گوشت کبابی یا سرخ کرده صرف کنید. سبزیجات تازه و سالاد و مقدار کمی میوه میل نمایید.

ـ وسط غذا هیچ‌گونه تنقلات میل نکنید و در عوض برای صبحانه میوه (پرتقال یا

سیب) صرف کنید.

- از غذاهای چرب، حبوبات، نشاسته، شیرینی، پنیر، نان‌های شیرینی و نان‌های معمولی اجتناب کنید.

- از خوردن غذاهای شور خودداری ورزید.

- مایعات زیاد ننوشید، روزی ۳/۴ لیتر کافی است (صبحانه هم جزء آن محسوب می‌گردد.)

- پیاده روی کنید (مخصوصاً در هوای پاک) و نفس عمیق بکشید.

مسمومیت کودکان

متأسفانه باید گفت در بین کودکان مسمومیت زیاد دیده می‌شود که به علل مختلف ایجاد می‌شود. مسمومیّت در کودک به صورت حاد و خطرناک بروز می‌نماید. لذا آشنایی همه به این عوارض که بسیار شایع است و روز به روز نیز زیادتر می‌شود، ضرورت پیدا می‌کند.

مسمومیت‌هایی که این روزها دیده می‌شود بیشتر از نوع غذایی و گاه دارویی است.

به طور کلی باید گفت که مسمومیت برای همه خطرناک و مهلک می‌باشد. اما کودکان به دلیل نداشتن قدرت دفاعی کامل، و ضعف نیروی بدنی زودتر در مقابل این حوادث از پای در می‌آیند.

مسمومیت‌های غذایی بسیار دیده می‌شود، شما چندی پیش مسمومیتی که از نان به وجود آمده بود و عدهٔ زیادی را بیمار نموده مشاهده و در روزنامه‌ها خواندید.

یک غذای مانده و فاسد و یک خوراکی آلوده باعث حوادثی خواهد شد. گاه ممکن است عدم توجه و دقت شما اتفاقاتی به وجود آورد که جبران‌پذیر نباشد.

به طور کلی علائمی که در غالب مسمومیت‌ها دیده می‌شود در اینجا برای آشنایی همگان یادآور می‌شوم:

در مسمومیت‌های غذایی ۸ تا ۴۸ ساعت پس از مصرف غذا علائم بیماری بروز می‌نماید. این علائم با اختلالات دستگاه گوارش شروع می‌شود.

۱ـ گاه اسهال، استفراغ، لرز و حتی تب دیده می‌شود.

۲ـ گاه اسهال توأم با خون و همچنین استفراغ خونی و گاه قهوه‌یی رنگ است.

۳ـ در بعضی بیماران و در بعضی مسمومیت‌ها چون مسمومیت با گوشت‌های فاسد و مواد کنسرو، حالت یبوست شدید، درد شکم و حالت تهوّع دیده می‌شود و گاه شکم بالا آمده و گاز زیادی در روده‌ها جمع شده است.

۴ـ وقتی که مسمومیت شدید است، عوارض دیگری چون اختلالات دید در چشم‌ها پدید می‌آورد.

۵ـ بینی و دهان و گلوی بیمار به شدت خشک می‌شود.

۶ـ گاه ممکن است لوزه‌ها قرمز و دردناک شود و عمل بلع به سختی و دردناک شود.

۷ـ گاهی به علت شدید بودن مسمومیت عضلات مری فلج می‌شود.

۸ـ و نیز ممکن است عضلات مثانه فلج شود و ادرار بی‌اختیار دفع گردد.

در چنین حالت‌هایی ضروری است که پزشک را به بالین بیمار آورده یا کودک بیمار را به بیمارستان برسانید.

بد نیست بدانید که:

- مسومیت‌های غذایی با استفراغ و اسهال و مخصوصاً تب همراه است و فلج ندارد.
- مسمومیت با قارچ سمّی و نان‌هایی که به وسیلهٔ قارچ سمی شده‌اند با اسهال خونی و بلغمی همراه است.
- مسمومیت با ماهی فاسد با اسهال و استفراغ، یرقان، کهیر، و پورپورا (خونریزی زیر جلد) همراه است.
- مسمومیت دارویی که بیشتر از بلادون و مشابهین آن به وجود می‌آید، با دانه‌هایی که از بدن بیرون می‌ریزد، کهیر، خشکی دهان و نبض تند دیده می‌شود. بقیهٔ مسمومیت‌های دارویی به علل مختلف دیده می‌شود و هر کدام از آنها علائمی مخصوص و درمان خاصی دارد که باید به وسیلهٔ پزشک معاینه شود. برای جلوگیری از این نوع مسمومیت‌ها و اتفاقات لازم است همیشه کلیهٔ داروهای موجود در منزل را دور از دسترس کودکان قرار داد و هیچ‌وقت نباید خیال کرد که فقط داروهای سمی را باید از دسترس اطفال دور نگه داشت. زیرا بسیاری از داروها هستند که مقدار زیاد آن برای بزرگسالان سمی نیست، ولی در کودکان مسمومیت ایجاد می‌کند. مثلاً آسپرین که یک داروی ساده و پُر مصرف است در صورتی که کودکی مقداری از آن بخورد مسمومیت پیدا می‌کند.

مسمومیت با آسپرین و نفت نزد کودکان زیاد دیده شده است. بدین لحاظ می‌خواهم

که واقعاً وزارت بهداری از فروش بدون نسخهٔ آسپرین جلوگیری نماید و آسپرین‌هایی که در ایران ساخته می‌شود تحت کنترل دقیق درآورد.

برای درمان مسمومیت‌ها اعم از غذایی یا دارویی باید هر چه زودتر به شستشوی معده و روده پرداخت. و بالأخره با مصرف داروهای مقوّی قلب و اعصاب و داروهای ضد سم، ضایعات را به طریق شایسته درمان کرد.

مخملک

مخملک یک بیماری حاد و عفونی و مُسری است که بیشتر در اطفال دیده می‌شود. خوشبختانه یک بار ابتلا، موجب مصونیت برای شخص می‌شود.

غیر از میکروب که عامل اصلی بیماری و سرایت است عوامل دیگری شناخته شده‌اند که در ایجاد آن تأثیر دارد.

- سفید پوستان بیشتر دچار این بیماری می‌شوند.
- در فصل سرما بیشتر دیده می‌شود.

علائم این بیماری بدین صورت ملاحظه می‌شود که نخست طفل گونه‌هایش برافروخته است، چانهٔ کودک رنگ قرمز ندارد، لب‌ها و بینی تقریباً زرد رنگ است. نوک زبان بیمار قرمز و رویش بار سفیدی بسته است.

سرخی سراسر بدن طفل را فرا گرفته است. به طوری که اگر پنجهٔ خود را روی بدن بیمار بگذاریم اثر آن به خوبی نمودار می‌شود.

نکتهٔ مهم و قابل توجه این است که در لمس بدن خشونت و زبری احساس می‌شود و این نشانهٔ مخملک است. با این حال بد نیست بدانید که طفل دو سه روز قبل دچار تب و گلو درد شده، شاید چند بار هم استفراغ کند و همین علائم نشانه و مقدمهٔ بروز مخملک می‌باشد.

باید والدین، به خصوص مادران بدانند که اگر طفلشان دچار تب و لرز و گلودرد شد و نیز استفراغ کرد و پس از سه روز صورتش دچار تورم و قرمزی گردید، دچار مخملک شده است و باید او را تحت مراقبت قرار دهند تا از عوارض نامطلوب این بیماری مصون بماند. عدم مراقبت و استراحت ممکن است بیمار مبتلا به مخملک را دچار گوش درد چرکی (اوتیت) و ورم کلیه و سینوزیت و روماتیسم مخملکی نماید و نیز در نزد بعضی، بیماری‌های قلبی چون (پریکاردیت ـ آندوکاردیت) مخملکی بروز می‌کند.

درمان

باید بیمار را مدت یک هفته بستری نمود و استراحت مطلق داد و نیز اشخاص و کودکان سالم باید از نزدیک شدن و تماس با این بیماران خودداری نمایند.

رژیم غذایی این بیمارن باید حاوی مقدار زیاد چای کم رنگ شیرین و شیر باشد و آب میوه و خود میوه در درمانشان بسیار مؤثر است و نیز سوپ سبزیجات کمک بزرگی به درمان می‌کند.

گرچه درمان اساسی به عهدهٔ پزشک است اما باید این بیماران را با مواد ضدعفونی بینی و گلو مورد مراقبت قرار داد. دادن ویتامین‌های مختلف به خصوص ویتامین C و K لازم است. آنتی‌بیوتیک‌ها و پنی‌سیلین به تجویز پزشک، بیماری را درمان خواهد کرد.

مایه کوبی بر ضد بیماری‌ها

مایه‌کوبی ضدفلج اطفال (پولیومیلیت)

فلج از جمله ناخوشی‌هایی است که تاکنون درمان اختصاصی آن شناخته نشده است. به علاوه این بیماری معمولاً موقعی تشخیص داده می‌شود که علائم فلجی آن ظاهر شده باشد.

آب تصفیه‌نشده حاوی ویروس پولیومیلیت است که مصرف آن سبب مصونیت نسبی در افراد می‌گردد. در ممالکی که سطح بهداشت آنها بالاست و مصونیت تدریجی و طبیعی از طریق آب‌های آلوده صورت نمی‌گیرد، بیماری منحصر به اطفال نیست و اشخاص بالغ هم در معرض خطر قرار می‌گیرند. به طوری که در فرانسه ۵۵ درصد از اشخاص بالغ هم که سن آنها از ۲۰ سال بیشتر است هنوز در خونشان آنتی‌کُرهای مربوط به ویروس پولیومیلیت تولید نشده و تعداد مبتلایان به فلج در سنین بالا زیاد است.

مبتلایان به فلج در سال ۱۹۵۵ در فرانسه ۱۸۳۴ نفر بوده و در ۱۹۵۸، ۴۰۸۳ نفر مبتلا ثبت شده است که ۷۵ درصد آنان تا سن بیست سال و ۲۱ درصد تا ۴۰ ساله بودند و ۴ درصد هم از ۴۰ سال به بالا.

در مملکت ما نیز به علت لوله کشی آب آشامیدنی و بهبود وضع بهداشت در آتیه نظیر این کیفیت برقرار خواهد شد. طبق تحقیقات دقیقی که از دَه سال پیش منظماً در بخش ویروس انستیتو پاستور شروع شده و هنوز ادامه دارد، با پیشرفت امر بهداشت همگانی خصوصاً تنظیم مسئلهٔ آب آشامیدنی به طور محسوس تغییراتی در وضع ایمنی طبیعی اطفال پیدا شده است.

تا چند سال پیش آمار جمع‌آوری شده از نقاط مختلف مملکت نشان می‌داد که تقریباً در ۴ سالگی عموم اطفال ایرانی صددرصد ایمنی در مقابل بیماری پولیومیلیت

کسب کرده‌اند (با تست نوترالیزاسیون) ولی پس از لوله‌کشی و توجه به امر بهداشت این وضع به کلی به هم خورده و ایمنی طبیعی در سنین اول عمر روز به روز کاهش یافته (فقط ۳۷ درصد از اطفال ۴ ساله در مقابل سه نوع ویروس این بیماری ایمنی کسب کرده‌اند) سال ۱۳۴۰.

واکسن ضد فلج در سال‌های اخیر کشف و معمول گردیده و به دو علت جای خود را به سرعت در میان واکسن‌های مفید باز کرده است. علت اول اهمیت و عواقب وخیم این بیماری است که بعد از بهبود، فلج مادام‌العمر باقی می‌گذارد و علت دوم نتیجهٔ مثبتی است که از این مایه‌کوبی برای جلوگیری از بیماری به دست می‌آید.

به این ترتیب مایه‌کوبی ضد فلج امری واجب گردیده که والدین اطفال را ملزم می‌دارد از ۶ ماهگی طفل خود را طبق برنامهٔ معین ایمنی بخشند.

(از ۶ ماهگی طفل ایمنی موروثی خود را که همراه آورده تدریجاً از دست می‌دهد.)

انواع واکسن

دو نوع واکسن ضد فلج وجود دارد:

۱ـ واکسن‌هایی که از ویروس فعال تهیه شده و به‌واسطهٔ اضافه‌نمودن موادی خاصیت بیماری‌زایی آن از بین رفته و بی‌زیان شده است. این واکسن از راه پوست تزریق می‌شود.

۲ـ واکسن‌هایی که با ویروس‌های زنده تهیه می‌شود و در نتیجهٔ پرورش در آزمایشگاه بی‌آزار می‌گردد، این واکسن را به طور خوراکی استعمال می‌کنند.

اول ـ واکسن‌های تزریقی

۴۵ سال بعد از آنکه «لانداشتانیر» و «پوپر» در ۱۹۰۶ ویروس بیماری فلج را کشف کرده بودند، «سالک» برای اولین دفعه واکسن ضد فلج را تهیه کرد. واکسن او از مجموعهٔ سه شکل ۱ و ۲ و ۳ تهیه شده بود.

در سال اول به علت استفاده از شکل ۱ سوش ماهونی که مقاومتش زیاد است، موفق نشده بودند آن را کاملاً بی‌آزار نمایند و در نتیجهٔ تزریق آن در سال ۱۹۵۵ ویروس نیمه‌جان وارد بدن اشخاص شد که علاوه بر مبتلاکردن عده‌ای از تلقیح شدگان اطرافیان

را نیز گرفتار این بیماری کرد و تلفات هم داد.

این واقعه که به نام واقعهٔ کوتر معروف شد، هنوز در خاطر عده‌ای باقی است. ولی بعداً متوجه نقص کار شدند و روش کار را تصحیح کردند. به طوری که از آن تاریخ با پیروی از روش جدید و اصلاحاتی که «اندرس ولر» و «روبین» در آن به عمل آوردند، واکسن متداول امروزی سالک به دست آمد که واکسنی است مفید و بی‌آزار و در اغلب ممالک مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دوم ـ واکسن‌های خوراکی یا زنده

واکسن تزریقی به علت نواقصی که دارد مورد انتقاد اهل علم است. زیرا علاوه بر زحمت تزریق‌های مکرر ۱۵ تا ۲۰ درصد اشخاص واکسینه ایمنی تحصیل نمی‌کنند و ایمنی هم مدتش کوتاه است. لذا برای جبران این نقص به فکر تهیهٔ واکسنی افتادند که مثل بیماری طبیعی از راه دستگاه گوارش وارد بدن شود تا ایمنی آن کاملتر و دوام آن بیشتر باشد.

در ۱۹۵۲، ابتدا «کوپروفسکی» بعد «کوکس» و بالأخره «سابین» تهیهٔ واکسن خوراکی را دنبال کردند و موفق گشتند واکسن بی‌آزار و مفیدی تهیه کنند.

این واکسن که خفیف شده نامیده می‌شود، حاصل یک رشته عملیات و مطالعات علمی است که با واردکردن ویروس زنده و نیرومند به بدن حیوان و کشت‌های مکرر در محیط خارج به دست می‌آید. با آنکه ویروس‌های این واکسن زنده است، مع‌هذا قدرت بیماری‌زایی ندارد، ولی خاصیت ایمنی بخشی آنها کامل است. این نوع میل و رغبت حمله به اعصاب را از دست داده است.

با این نوع واکسن (که به اسم واکسن سابین معروف است و کوپروفسکی و کوکس در تهیهٔ آن مجاهدت‌های فراوانی کرده‌اند)، در بعضی از ممالک از جمله اتحاد جماهیر شوروی، عموم مردم را مایه‌کوبی کرده‌اند و به علت مزایایی که دارد جانشین واکسن سالک شده است.

این واکسن به مقدار زیاد و در کشورهای مختلف ساخته می‌شود و تاکنون عدهٔ زیادی از اطفال در کشورهای مختلف دنیا به وسیلهٔ این واکسن مایه‌کوبی شده‌اند.

طرز استعمال آن خیلی آسان و راحت است. معمولاً آن را با آب‌نبات یا شیرینی‌های دیگر مخلوط می‌کنند و نگهداری آن نیز احتیاجی به مقرّرات خاصی ندارند. گاهی مخلوط در آب میوه و یا آب تجویز می‌شود. ولی استعمال واکسن به شکل دراژه از هر طریقهٔ دیگر راحت‌تر و مناسبت‌تر است.

ممکن است هر یک از سه شکل ویروس را به طور جداگانه استعمال کرد. وقتی به صورت دراژه باشد، هر یک از شکل‌ها رنگ جداگانه دارد و هر کدام به فاصلهٔ یک ماه مصرف می‌شود.

واکسنی که امروزه در دسترس است مخلوطی از هر سه شکل ویروس است که سه ماه، هر ماه یک نوبت مصرف می‌شود. فاصله با نوبت بعدی نبایستی از یک ماه کمتر باشد. (برخلاف واکسن تزریقی که فاصلهٔ دو تزریق نبایستی از یک ماه بیشتر شود.) علت این است که در هر نوبت فقط یک شکل ویروس محتوی واکسن وارد سلول‌های روده شده و دو تیپ دیگر دفع می‌شوند.

دفع آن لااقل یک ماه طول می‌کشد و قبل از این زمان اگر به کودک واکسن داده شود، ویروس‌ها جذب سلول‌های جدار روده نخواهند شد.

مطالعات نشان داده است که اگر غلظت واکسن را زیاد کنند تا ۹۳ درصد میزان آنتی‌کر در تلقیح شدگان بالا می‌رود.

واکسن ضد فلج خوراکی را برحسب قدرتی که در کشت بافت دارد می‌سنجند. واکسن معمولی باید ۱۰۰۰۰۰ از هر یک از شکل‌های ویروس داشته باشد. گاهی خیلی بیشتر از این میزان هم به کار برده‌اند.

بی‌آزاری واکسن

۱ـ واکسن تزریقی ـ بهترین دلیل بی‌آزاری این نوع واکسن کثرت استعمال آن است که بدون بروز عارضه و یا حادثه‌ای تا سال ۱۹۵۸ فقط در امریکای شمالی ۱۵ میلیون نفر با این واکسن مایه‌کوبی شدند.

تا سی‌ام ژوئن ۱۹۶۳ در فرانسه به دَه میلیون نفر واکسن ضد فلج تزریق شده، در صورتی که تا سال ۱۹۵۷ بیش از یک میلیون دوز به مصرف نرسیده بود.

به طور کلی می‌توان ادعا کرد که واکسن ضد فلج اطفال بی‌آزارترین مایه‌هاست، زیرا محتویات آن از ویروس‌های غیرفعال این بیماری که با مقداری اسیدهای آمینه همراه است، تشکیل شده و هیچ نوع عارضهٔ آلرژی نمی‌دهد، به علاوه دارای کمی املاح و مقداری آنتی‌بیوتیک است که هیچ‌کدام نمی‌توانند سبب پیدایش واکنش‌های نامطلوب موضعی یا عمومی باشند. عوارض خفیف و زودگذر آن به قدری سبک و ناچیزند که توجه اشخاص تلقیح شده را جلب نمی‌نماید.

۲ـ واکسن خوراکی ـ تاکنون میزان زیادی از این واکسن به کار رفته و عوارض بد کمتر دیده شده است. ویروس‌های زنده و بی‌آزار این واکسن در جهاز گوارش زیاد می‌شوند. آزمایش‌های مکرر مدفوع از روز بعد از بلع واکسن وجود ویروس را در مدفوع نشان داده که در روزهای هفتم تا چهاردهم مقدار ویروس به حد اعلا می‌رسد و تا دو ماه دوام دارد.

در روسیه ضمن مطالعات منظم دیده شد اشخاصی که در مجاورت واکسینه‌ها قرار می‌گیرند نیز در مدفوعشان ویروس پیدا می‌شود، بدون آنکه علامتی از بیماری دیده شود.

اثر واکسن

۱ـ واکسن تزریقی ـ با آزمایش روی میمون ابتدا اثر ایمنی بخشی واکسن ثابت شده است. هرگاه میمونی را با روش صحیح مایه‌کوبی کنند، مقاومت جسمی این حیوان در مقابل بیماری به حدی خواهد بود که تلقیح داخل دماغی ویروس کُشنده، میمون را مبتلا نمی‌کند.

در تمام لابراتوارهای سازندهٔ واکسن، قبل از توزیع آن علاوه بر بررسی‌های بی‌زیانی، آزمایش مُؤثّر بودن آن نیز باید حتماً انجام شود تا صلاحیت توزیع و استعمال داشته باشد.

واکسن باید قادرباشد که با دو تزریق به میمون (در انسان باید چهار نوبت واکسن تزریق شود) در خون، ۷۵ درصد آنتی‌کر ظاهر کند.

پروفسور «لپین» رئیس بخش ویروس انستیتو پاستور پاریس و سازندهٔ واکسن ضد فلج فرانسه، ضمن مقاله‌ای در ۱۹۸۵ اظهار می‌دارد در پنج مملکت که به متجاوز از یک

میلیون نفر از این واکسن تلقیح گردیده، فقط دو مورد بیماری پولیومیلیت دیده شده که یکی از آنها کاملاً شفا یافت و اثری به جا نگذاشت. در حالی که اگر نسبت ابتلای فلج را در اشخاص مایه‌کوبی نشده ۲۵ نفر درصد هزار نفر بدانیم، می‌باید ۲۷۰ نفر مبتلا می‌شدند.

در سال ۱۹۵۲ در امریکا ۵۷۷۴۰ نفر مبتلا به فلج شدند (در دَه سال فقط ۳۹۶۰ نفر بوده) ولی با پیشرفت و تعمیم مایه‌کوبی ضد فلج، در ۱۹۵۷ رقم مبتلایان به ۵۹۴۶ نفر تنزّل یافت. با این دلایل روشن اثر نیکوی واکسن ضد فلج قابل تردید نخواهد بود.

۲ـ واکسن خوراکی ـ واکسن خوراکی نیز همین نتیجه را داده است. در پی همه‌گیری نوع اپولیود در کلمبیا برنامهٔ وسیعی برای مایه‌کوبی اطفال با واکسن سوش زنده تهیه و اجرا گردید که در جریان آن چهار صد هزار کودک مایه‌کوبی شدند. در بین افراد واکسینه هیچ موردی از بیماری گزارش نشده است.

همچنین در سال ۱۹۶۰ سه میلیون و پانصد هزار نفر در چکسلواکی با سوش زندهٔ سابین مایه‌کوبی شدند. سن اطفال واکسینه شده بین ۲ ماه تا ۱۴ سال بود. مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که در بین افراد واکسینه هیچ مورد فلجی مشاهده نشده است.

کودکانی که با واکسن کوپروفسکی واکسینه شده بودند، ۸۸ درصد آنها ایمنی پیدا کردند.

در پایان سال ۱۹۶۰ در کشور روسیه ۷۷۴۷۹۰۰۰ نفر بر ضد پولیومیلیت مایه‌کوبی شدند که از این عده ۵ میلیون نفر از ۲۰ سال به بالا داشتند. ۱۵ میلیون نفر که در سال ۱۹۵۹ واکسینه شده بودند، مجدّداً واکسینه شدند. در مطالعاتی که از طرف نمایندهٔ سازمان جهانی بهداشت در کشور روسیه به عمل آمده، ارزش ایمنی‌بخش واکسن زنده به خوبی مشخص شده است. زیرا علاوه بر بالا بردن سطح آنتی‌کر، ایمنی موضعی نیز ایجاد می‌کند که عبارت از ازدیاد مقاومت سلول‌های روده است.

اندازه‌گیری مقدار آنتی‌کُر خون بعد از واکسیناسیون پولیو که با روش ابداعی پروفسور لپین انجام گرفته نشان می‌دهد که ۸۷/۴ درصد افراد واکسینه شده در مقابل هر سه شکل، آنتی‌کر کافی داشته‌اند.

۱ـ روش مایه‌کوبی ضد فلج

لازمهٔ مایه‌کوبی اولیه، سه تزریق ۱ میلی‌لیتری از راه زیر جلدی است که محل تزریق آن مهم نیست (بازو یا کتف یا ران) فاصلهٔ هر تزریق باید ۳ هفته باشد. اگر به علتی این فاصله بیشتر شد مانعی نخواهد داشت. مشروط به اینکه فاصلهٔ تلقیح اولی و دومی از سه ماه تجاوز نکند.

۸ روز پس از دومین تزریق آثار آن در خون ظاهر می‌شود و سومین تلقیح برای تحکیم این ایمنی لازم و ضروری است. مدت ایمنی با ترتیبی که ذکر شد بیش از یک سال است و بهتر است یک سال تا یک سال و نیم بعد از تلقیح اولیه، یک یا دو یادآوری به مقدار ۱ تا ۱/۵ میلی‌لیتر تزریق شود و با این مقدار، آنتی‌کر در بدن به اندازه‌ای زیاد می‌شود که ایمنی دو سال باقی می‌ماند.

۲ـ واکسن خوراکی

واکسن خوراکی به صورت دراژه یا قطره است که مخلوطی از سه شکل ویروس ۱ و ۲ و ۳ می‌باشد و سه نوبت استعمال می‌شود. فاصلهٔ هر نوبت با نوبت بعدی نباید از یک ماه کمتر باشد.

مطالعات انجام شده نشان داده است که میزان آنتی‌کر خون اطفالی که با واکسن خوراکی مایه‌کوبی شده‌اند تا دو سال به حد اعلا بوده و پس از این مدت برای شکل ۲ و ۳ به تدریج کاهش می‌یابد که اگر به این کودکان یک دوز واکسن داده شود، مقدار آنتی‌کر خون آنان به حداکثر خواهد رسید.

دانشکدهٔ بیماری‌های اطفال امریکا توصیه می‌کند در جوامعی که کودکان قبل از سن مدرسه به طور صحیح بر ضد فلج مایه‌کوبی شده‌اند، هنگام ورود به مدرسه هم یک دوز واکسن به عنوان یادآوری به آنان داده شود.

عوارض واکسن

به طوری که اشاره شده بی‌آزارترین واکسن موجود واکسن ضد فلج است. هیچ بعید نیست گاهی عوارض آلرژیک موضعی بسیار خفیف یا عوارض عمومی سبک از قبیل تب و

سردرد چند ساعت بعد از تلقیح پیش بیاید. این گونه ناراحتی‌های زودگذر که بیشتر مربوط به حساسیت شخصی هستند با مصرف کمی آنتی‌هیستامینیک رفع می‌شوند.

ممنوعیت تلقیح

به طور کلی واکسن ضد فلج به علت کمی عوارضی که از آن ناشی می‌شود منع استعمال ندارد و اگر ممنوعیتی هم باشد همان‌هایی است که در مورد سایر واکسن‌ها باید در نظر داشت.

در کسالت‌های عمومی همراه با تب و بیماری‌های قلبی و کلیوی و آلبومینوری بهتر است مایه‌کوبی نشود. در اطفال حساس و آلرژیک نمی‌توان دقیقاً پیش‌بینی کرد که به دنبال مایه‌کوبی ضدفلج عوارض حساسیت از قبیل آسم شدت می‌یابد یا خیر. پزشک معالج باید موقعیت طفل را از لحاظ شیوع بیماری و وضع مزاجی در نظر بگیرد و قضاوت کند یا آنکه بدون هیچ نوع نگرانی قبل از تزریق واکسن مقداری آنتی‌هیستامینیک تجویز نماید.

انستیتوپاستور پاریس محلول رقیق یک دهم از واکسن ضد فلج تهیه نموده که برای سنجش حساسیت قبل از مایه‌کوبی مجّانی در اختیار پزشکان می‌گذارند. از این مایه دو دهم میلی‌لیتر داخل جلد تزریق می‌کنند و چند ساعت بعد بدون نگرانی واکسن را تزریق می‌نمایند. با این ترتیب حساسیت بدن تا حدودی تخفیف می‌یابد.

برای سهولت کار اغلب چند مایه را با هم مخلوط کرده تزریق می‌کنند تا زودتر بدن اطفال را در مقابل بیماری‌های گوناگون حفظ کنند و دفعات مراجعه و تحمّل زحمت مایه‌کوبی را کم نمایند. در بعضی واکسن‌ها این رویه نتیجهٔ خوبی داده و مدت‌هاست چنین عمل می‌شود. در مورد پولیومیلیت آنچه مسلم است اینکه مخلوط با آناتوکسین کزاز و دیفتری اثر خوبی داشته و در اغلب ممالک به کار می‌رود. ولی دربارهٔ مخلوط این واکسن با سیاه‌سرفه بحث‌هایی در گرفته که اثر آن را مشکوک می‌دانند مگر آنکه فقط در حین تزریق آنها را مخلوط نمایند.

سن مایه‌کوبی بر ضد فلج

فرمول مایه‌کوبی ضد فلج امروزه با چند سال پیش فرق کرده است. به تجربه ثابت

شده که اطفال در ماه‌های اول تولد برای تمام مایه‌کوبی‌ها استعداد آنتی‌کرسازی کافی ندارند و مایه‌کوبی باید از یک ماهگی شروع شود.

اول واکسن ضد سیاه سرفه (تنها یا مخلوط با واکسن دیفتری و کزاز)

دوم واکسن ضد فلج (خوراکی و تزریقی) و در این سن دفعات مایه‌کوبی ۴ نوبت خواهد بود.

با پیشرفت بهداشت جوامع سن تلقیح محدود به ایام کودکی نخواهد بود و تا ۲۰ سالگی چون استعداد ابتلا هست واکسیناسیون هم لازم می‌شود، زیرا ۷۵ درصد مبتلایان سنّشان بین ۱ تا ۲۰ سالگی است.

علاوه بر این، دو دسته از افراد الزاماً باید واکسینه شوند:

- بانوان باردار
- اطفالی که برای عمل جراحی لوزهٔ سوم آماده می‌شوند.

واکسن‌زدن بانوان آبستن علاوه بر حفاظت مادران که در حین آبستنی بیشتر گرفتار ناخوشی می‌شوند و پولیومیلیت در این طبقه خطر بیشتری دارد، ایمنی محدودی هم به جنین انتقال می‌دهد که تا ۹ ماهگی دوام دارد. این ایمنی برای ماه‌های اولیهٔ عمر طفل خیلی ارزش دارد، زیرا ساختمان بدنی او برای برقراری مصونیت آماده نیست.

اما اطفالی که باید لوزه‌های آنها را برداشت، شش هفته قبل از عمل باید اقدام به واکسیناسیون ضدفلج کنند تا در موقع عمل جراحی آنتی‌کر کافی در بدن پیدا شده باشد. چراکه پولیومیلیت‌های مهلک پس از برداشتن لوزه‌های اطفال، زیاد دیده شده است.

اپیدمی‌های سخت این بیماری که در گذشته موجب تلفات سنگین می‌شده و عده‌ای را نیز گرفتار نقص عضو می‌کرده است، اکنون با مایه‌کوبی منظم و وسیع قابل پیشگیری است. مشروط بر اینکه قبل از برقراری همه‌گیری واکسیناسیون را شروع کنند. چه ۶ هفته وقت لازم است تا مایه‌کوبی ایمنی کافی بخشد. در اشخاصی که قبلاً مایه‌کوبی شده‌اند با تزریق یادآوری ۳ تا ۴ روز بیشتر طول نمی‌کشد تا مقدار آنتی‌کر به میزان کافی بالا برود.

بهترین فصل مایه‌کوبی ضد فلج فصل پاییز است.

علت گفتگوهای طولانی که در مورد این مایه‌کوبی می‌شود، وحشتناک بودن عوارض این ناخوشی است. با پیشرفت بهداشت عمومی می‌توان امیدوار بود که تلفات این بیماری روز به روز کمتر گردد و قوانین اجباری کردن این مایه‌کوبی مسلّماً در آینده از بروز همه‌گیری‌های این بیماری جلوگیری خواهد نمود.

مایه‌کوبی بر ضد کزاز

اغلب بیماری‌های عفونی با کشف آنتی‌بیوتیک‌ها درمان شده‌اند؛ ولی کزاز هنوز یکی از بیماری‌هایی است که درمان قاطعی ندارد. خوشبختانه پیشگیری آن با تزریق آناتوکسین امکان دارد اما متأسفانه توجه لازم به این امرِ مفید نمی‌شود.

مایه‌کوبی منظم و کامل سربازان امریکایی در جنگ دوم جهانی اثر نیکوی این واکسیناسیون را ثابت کرد. به طوری که از دَه میلیون سرباز که در طول مدت جنگ به جبهه فرستاده شدند، فقط ۱۲ نفر مبتلا به کزاز دیده شد در حالی که از این عده هم ۶ نفر به طور کامل مایه‌کوبی نشده بودند.

در ارتش انگلیس در جریان جنگ اول جهانی نسبت ابتلا به کزاز ۱۵ درصد از هزار سرباز مجروح بود. به علت پیروی از فرمول مایه‌کوبی منظم و کامل این نسبت در جنگ دوم جهانی به ۶٪ در هزار تنزّل کرد. اثر این مایه‌کوبی با مقایسهٔ مبتلایان ارتش ممالکی که مایه‌کوبی نشده بودند بیشتر آشکار می‌شود.

همچنین در شهرنشینان که پایبند مایه‌کوبی منظم نیستند تعداد مبتلایان خیلی زیادتر از میزانی بود که در جبههٔ جنگ دیده شد.

انواع مختلف آناتوکسین

مانند آناتوکسین دیفتری سموم مترشحه از باسیل‌های کزار را مدت یک ماه با حرارت ۴۰ درجه بی‌آزار می‌کنند در صورتی که خاصیت ایمنی‌زایی آن محفوظ باقی می‌ماند.

سمی که برای تهیهٔ آناتوکسین به کار می‌رود باید یک میلی‌لیتر از محلول $\frac{۱}{۲۰۰۰۰۰}$ آن بتواند یک خوکچه را بکشد. با چنین سمی آناتوکسینی به دست می‌آید که هر

میلی‌لیتر آن ۳۰ تا ۴۰ واحد آنتی‌ژنتیک نیرو دارد.

حداقل نیروی آناتوکسین کزاز در هر میلی‌لیتر باید از ۱۵ واحد کمتر نباشد. قابلیت استعمال آناتوکسین کزاز از زمانی که تهیه می‌شود، فقط سه سال است.

در اروپا نوع دیگری از این واکسن تهیه کرده‌اند که با اضافه نمودن هیدراکسید یا فسفات دالومین مانند واکسن دیفتری خاصیت ایمنی‌زایی آن زیادتر شده است و بدین ترتیب با استعمال مقدار کمتری از واکسن خاصیت آنتی‌ژنتیک بیشتری به دست آورده‌اند.

طریقه و مقدار استعمال

آناتوکسین کزاز معمولی را در زیر جلد به مقدار یک میلی‌لیتر در هر نوبت تزریق می‌کنند. فاصلهٔ بین اولین و دومین تزریق نباید کمتر از ۱۵ روز و بیشتر از یک ماه باشد. اگر فاصله از یک ماه بیشتر شد واکسیناسیون باید تجدید شود، در صورتی که دو تزریق اولین به موقع و منظم اجرا شده باشد، دومین تزریق را می‌توان تا سه ماه هم به تأخیر انداخت، به این ترتیب ایمنی مطمئن‌تر برقرار می‌شود.

تزریق یادآوری

برای اینکه ایمنی حاصل از تزریق اولیه محکم‌تر شود واکسن یادآوری واجب است. این تزریق یک سال بعد از آخرین تلقیح به مقدار دو میلی‌لیتر به طور زیرجلدی صورت می‌گیرد.

توصیهٔ مراکز علمی برای طریقهٔ واکسینه کردن

۱ـ از ۲ تا ۴ ماهگی

واکسن ضد دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه که به نام واکسن تریپل نامیده می‌شود.

۲ـ واکسن خوراکی پولیومیلیت نیز در همین حال باید خورانده شود.

۳ـ در ۱ و ۳ سالگی، واکسن ضد آبله که بهتر است یک ماه پس از اولین واکسن تریپل انجام شود.

۴ـ یک سال بعد باید یادآوری و یا واکسن راپل، دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه تزریق گردد.

۵ـ واکسن خوراکی پولیومیلیت یا تزریقی آن به صورت یادآوری یا راپل تجدید گردد.

۶ـ واکسن سرخک نیز در یک سالگی تزریق می‌شود.

۷ـ در ۶ سالگی مجدّداً یادآوری یا راپل واکسن‌های دیفتری و کزار و سیاه‌سرفه تجدید می‌شود.

۸ـ در ۶ سالگی نیز یادآوری واکسن پولیومیلیت خوراکی یا تزریقی تجدید می‌شود.

۹ـ در ۵ سالگی واکسن ب ـ ث ـ ژ یا واکسن ضد سل باید تزریق شود.

۱۰ـ در ۱۲ و ۱۳ سالگی یادآوری واکسن فلج اطفال و دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه تجدید شود، بهتر است.

نامنظمی ضربان قلب (آریتمی)

آریتمی یا نامنظمی و ضربان غیرعادی قلب در اشخاص ایجاد وحشت و نگرانی می‌کند. برای رفع این نگرانی و این عارضه تا رسیدن به پزشک دانستن راه چارهٔ آن بسیار ضروری است.

آریتمی ساده را تاکی‌کاردی یا آریتمی تنفسی می‌نامند و آریتمی اکستراسیستول نیز وجود دارد.

آریتمی تنفسی - ضربان قلب هنگام دم سریع می‌شود و هنگام بازدم کُند. باید دانست که این یک حالت طبیعی است و هیچ‌گونه اختلالی را در عمل قلب به وجود نمی‌آورد.

آریتمی تنفسی گاهی در حال عادی محسوس نیست و فقط در تنفس عمیق ظاهر می‌گردد.

آریتمی تنفسی بیشتر در کودکان به هنگام بلوغ و نیز در نزد بیماران عصبانی و همچنین در دورهٔ نقاهت بعضی از بیماری‌های عفونی یا در موارد عدم تعادل سلسلهٔ اعصاب دیده می‌شود.

اکستراسیستول عبارت از یک انقباض غیرعادی اضافی است که پیش از هنگام به وجود می‌آید و نظم ضربان قلب را بر هم می‌زند.

دانشمندان و پزشکان با آزمایش‌های چند این تغییر ضربان را بررسی نموده‌اند و علت‌های زیر را در ایجاد آن مُؤثّر می‌دانند:

۱ـ بیماری‌های قلب

بیماری‌های قلب چون آندوکاردیت، انفارکتوس، ضایعات دریچه‌های قلب، و بزرگ‌شدن قلب، در ایجاد آریتمی مُؤثّر است.

۲ـ تصلّب عمومی شرایین و فشارخون

تصلّب شرایین و فشارخون به تدریج در ایجاد آریتمی اثر دارد و می‌تواند مقدمهٔ نارسایی قلب گردد.

۳ـ نفریت مزمن (ورم کلیه‌ها)

در ایجاد نامنظمی ضربان قلب ورم مزمن کلیه‌ها اثر دارد.

۴ـ عفونت‌های حاد

بعضی عفونت‌های حاد چون گریپ، حصبه، دیفتری و عفونت روماتیمسی در ایجاد آریتمی تأثیر دارد و ممکن است به عضلهٔ میوکارد قلب نیز آسیب برساند.

۵ـ مسمومیت

بعضی از مسمومیت‌ها مانند افراط در مصرف چای و قهوه، مشروبات الکلی و سیگار در ایجاد آریتمی مؤثّر است.

و نیز بعضی از مسمومیت‌های دارویی که مهمترین آنها مسمومیت با دیژیتالین است. همچنین اواباتئین و آدرنالین در ایجاد آریتمی اثر دارند.

۶ـ بعضی بیماری‌های غدد داخلی بدن

اختلال در کارکرد غدد داخلی بدن مانند تیروئید و تخمدان‌ها نیز ایجاد اکستراسیستول آریتمی می‌نماید.

۷ـ بیماری‌های تغذیه‌ای

بیماری‌های تغذیه مانند نقرس، دیابت (مرض قند) و چاقی نیز تولید آریتمی می‌نمایند.

۸ـ اختلالات هاضمه

اختلالات هاضمه‌ای چون ورم معده، نفخ معده، ورم روده و نفخ روده‌ها تولید آریتمی می‌کنند. در قولنج کبدی و دردهای شکمی نیز دیده می‌شود.

۹ـ انگل‌های روده‌ای

انگل‌های روده‌ای چون آسکاریس، آنکیلوستوم، اکسیور نیز در تولید بی‌نظمی ضربان قلب اثر دارند.

۱۰ـ بعضی از کم‌خونی‌ها

کم‌خونی‌های شدید و نیز بیماری یرقان در تولید و ایجاد آریتمی اثر دارند.

۱۱ـ بیماری‌ها و ضایعات عصبی

این آریتمی‌ها راکه به علت عصبانیت و ضایعات در سلسلهٔ اعصاب ایجاد می‌شوند به نام اکستراسیستول‌های عصبی می‌نامند، چنانچه در مننژیت نیز دیده می‌شود.

۱۲ـ آریتمی یا اکستراسیستول ذاتی

این آریتمی نزد اشخاص عصبانی و حساس، بعد از کارهای خسته کننده یا بعد از غذا یا بعد از اعمال جنسی دیده می‌شود.

نکتهٔ قابل توجه آن است که اصولاً در ایجاد آریتمی یا اکستراسیستول‌ها تأثّرات و هیجان‌های روحی اثر دارد و خستگی و افراط از هر نوع که باشد آن را به وجود می‌آورد. بدین لحاظ یادآور می‌شوم که آریتمی اساساً به علت تحریکات عصبی دیده می‌شود. لذا باید مسئلهٔ نگرانی و هیجان را بیشتر مورد توجه و دقت قرار داد.

درمان آریتمی

درمان اکستراسیستول از نظر پزشکی برحسب موارد و علل مختلف فرق می‌کند و پزشک قبل از هر کار و هر چیز باید علت ایجاد آن را رفع نماید. ولی قبل از رسیدن به پزشک ضرورت دارد، دستورات زیر را به کار بندید.

۱ـ از مصرف و نوشیدن قهوه و چای مطلقاً خودداری شود.

۲ـ مصرف مشروبات الکلی ممنوع گردد.

۳ـ از هر گونه خستگی و افراط در کارهای مختلف خودداری شود.

۴ـ استراحت اثری انکارناپذیر در درمان آن دارد.

۵ـ خواب راحت شب هنگام ممکن است به تنهایی آن را درمان نماید.

۶ـ از تحریکات عصبی به هر عنوان بپرهیزید.
۷ـ در وضع غذای خود توجه کافی بفرمایید و از خوردن آش، آبگوشت، سوپ، سبزیجات و میوهٔ خام خودداری نمایید.
۸ـ مصرف مسکن‌های اعصاب بسیار مفید است.
۹ـ مصرف روزی چند فنجان دم کردهٔ سنبل‌الطیب بسیار مفید است.

ویتیلیگو (لک و پیس)

پیسی عارضهٔ پوستی نازیبایی است که مبتلایانش را گذشته از ناراحتی‌های جلدی دچار رنج روانی و غم و اندوه می‌سازد. در صورتی که لک صورت و کک و مک به قدر پیس زشت نبوده و این قدر موجب آزار بیمار نمی‌شود.

پیسی (ویتیلیگو) یک عارضهٔ پوستی است که تاکنون گمان می‌کردند درمان ناپذیر است. زشتی پیسی و ناراحتی‌هایی که ایجاد می‌کند، دانشمندان را به یافتن چاره و طرق درمان واداشت. فشاری که این گونه بیماران در همهٔ کشورها برای درمان به پزشکان می‌آوردند موجب شد که بالأخره کوشش همه جانبهٔ پزشکان نتیجه بخش گردد.

با آزمایش‌های اخیر هیستولوژی و سیتولوژی که به وسیلهٔ میکروسکوپ‌های الکترونیکی انجام می‌گیرد، فعالیت و تغییرات داخل سلول‌های پوستی مورد مطالعه و توجه قرار گرفت و راز شگفت‌انگیزی را برای پزشکان روشن ساخت. آنان توانستند با این بررسی‌های علمی و پی بردن به علت بیماری، راه‌های درمانی آن را بیابند.

باید دانست پوست بدن تشکیل شده است از یک طبقهٔ شاخی روی پوست که زیر آن یک طبقهٔ سلول‌های شفّاف و سپس سلول‌های طبقهٔ دانه‌دار قرار دارد. سلول‌های این طبقه لوزی شکل بوده و در پروتوپلاسم آنها دانه‌های درشتی دیده می‌شود. همین دانه‌ها هستند که در ایجاد رنگ پوست دخالت دارند که از ماده‌ای به نام ملانین تشکیل یافته‌اند.

تاکنون علت به وجود آمدن پیسی کاملاً مشخص نبود، فقط حدس می‌زدند که امکان دارد نارسایی کبد در ایجاد آن دخالت داشته باشد و نیز تابش آفتاب و آلودگی هوا، گرد و خاک و امثال آن را از علل به وجود آورندهٔ این عارضهٔ زشت می‌دانستند.

آزمایش‌های اخیر و بررسی وضع بیماران نشان داد که بر اثر ناتوانی سلول‌های کبد رنگدانه‌ها که حاوی ماده‌ای به نام ملانین است، در ناحیه‌ای از پوست داخل پروتوپلاسم

سلول‌های لوزی خارج و یا کم می‌شوند و بدین طریق این ناحیهٔ پوست رنگی سفید و مشخص پیدا می‌کند.

نکتهٔ جالبی که در این بررسی‌ها روشن شده این است که این رنگدانه‌ها یا ملانین از گوگرد تشکیل شده است که موجب رنگ طبیعی و یکنواختی و بالأخره زیبایی پوست می‌باشد. اگر به علل نارسایی کبد، غدد فوق کلیه خوب کار نکنند و گوگرد کافی به سلول‌های سطحی پوست نرسانند باعث به وجود آمدن لک‌های سفیدی در سطح پوست می‌شود که پیسی نامیده می‌شود.

به سبب ظاهر نازیبایی که این رنگ‌ها در چهره و دست‌ها ایجاد می‌کنند گذشته از درمان‌های پزشکی که برای رفع آن ضرورت دارد، می‌کوشیم شما را با دستورهای بهداشتی و غذایی از ابتلای به آن حفظ و در صورت ایجاد از رشد و پیشرفت این لک‌ها جلوگیری کنیم. لذا نخستین توصیهٔ ما به شما این است که به وضع کبد خود توجه بیشتری کنید. اگر احساس خستگی، ضعف مفرط و یا کمبود فشارخون می‌کنید، حتماً به پزشک مراجعه کنید، چون این مقدمهٔ نارسایی غدد فوق کلیه است.

از خوردن موادی که باعث ناراحتی کبد می‌شود، خودداری فرمایید. (مشروب، ادویه، تخم‌مرغ، چربی و شکلات) را از غذای خود حذف کنید.

مواد غذایی که دارای گوگرد می‌باشد و در ساختن رنگدانه‌های پوستی تأثیر دارد، عبارت‌اند از: جگر، قلوه، شیر، کره، سرشیر و بعضی سبزیجات چون جعفری، کاهو و کرفس. توصیه می‌شود هر روز چند ساقه کرفس تازه میل فرمایید.

جعفری و کاهو گذشته از اینکه دارای مواد گوگردی است کمکی بزرگ به فعالیت کبد شما می‌کند و باید هر روز به مقدار کافی میل فرمایید. جگر و قلوه را به صورت کبابی میل کنید.

روزی یک لیتر شیر برای کسانی که دچار پیسی هستند ضروری است. چنانچه وضع مزاجتان مرتب نیست، هر روز چند دانه آلوی خیس کرده میل کنید و در تابستان از آلوی تازه، گوجه و سایر میوه‌ها استفاده کنید. از مرکبات لیموترش و نارنگی بهتر از پرتقال است. زیرا پرتقال نمی‌تواند در نارسایی کبد اثری داشته باشد. ماست و لبنیات به طور کلی برای کبد مفید است و دارای مقداری مواد گوگردی می‌باشند و گذشته از آن ماست

تازه کمک زیادی به رفع و دفع سموم بدن و کبد می‌نماید، بدین لحاظ مصرف ماست تازه بدین گونه اشخاص توصیه می‌شود.

یک نکتهٔ مهم و قابل توجه این است که نباید هیچ‌گاه کِرِم و موادی روی پوست و روی این لک‌ها بمالید؛ زیرا نه تنها تأثیر ندارد ممکن است ایجاد حساسیت و زخم نموده و عارضه را بدتر و زشت‌تر جلوه‌گر سازد.

توصیهٔ ما به شما خوانندگان عزیز این است که با دیدن کوچک‌ترین سفیدی غیرمعمول یا لک در چهرهٔ خود فوراً به پزشک متخصّص کبد مراجعه کنید و از اجرای دستورهای اشخاص ناصالح و دوستان نادان و مصرف داروهای گوناگون که حساب شده نیست خودداری فرمایید و به جای غُصه خوردن به فکر چاره و درمان باشید.

آخرین تحقیقات و درمان ویتیلیگو

به طوری که پژوهش‌های دانشمندان مشخص نموده است، نارسایی کبد، کلیه و شوک‌های عصبی، استرس‌ها و مصرف غذاهای ناسالم و مسمومیت مزمن به الکل در ایجاد آن تأثیر دارد.

درمان ویتیلیگو

درمان کلاسیک و اصولی آن به دو صورت انجام می‌گیرد و باید طبیب و بیمار توجه نمایند که کدام یک از این دو درمان در بهبود ویتیلیگو و تبدیل رنگ آن مُؤثّر است.

باید از راه خوراکی پورالن داده شود که این دارو از جنس رنگدانه‌های پوست است.

مرحلهٔ دیگر درمان پیسی‌هایی است که نسبت به آفتاب و در مقابل اشعهٔ فرابنفش نیز حساس باشند. این درمان به سبب ضرر و ناراحتی‌هایی که برای کلیه‌ها ایجاد می‌کند معمولاً مورد توجه قرار نمی‌گیرد؛ زیرا ناراحتی کلیه در دستگاه بدن ایجاد بیماری می‌کند، افراد متخصص از این درمان چشم‌پوشی می‌کنند و این درمان را که ساده‌تر و تا حدّی مُؤثّرتر است به کار می‌برند. یعنی از محلول اسانس برگاموت ۲۵٪ روی محل رنگ رفته و پیس می‌مالند تا رنگ آن مانند رنگ پوست طبیعی شود. در بعضی مواقع پس از مالیدن دارو بیمار را در مقابل اشعهٔ فرابنفش قرار می‌دهند تا رنگ پوست طبیعی شود.

هیپوگلیسمی
(HYPOGLYCEMIA)

مغز، توانایی بی‌نهایت محدودی در نگهداری کربوهیدرات به صورت گلیکوژن دارد و به عنوان منشأ انرژی خود کاملاً به گلوکز وابسته است و بنابراین، نسبت به هیپوگلیسمی خیلی حساس است. نشانه‌های ناشی از اختلال عملکرد مغز زمانی رخ می‌دهند که مقدار گلوکز (قند) خون شریان‌های مغز از ۴۰ میلی‌گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر (۲ میلی‌مول در لیتر) کمتر گردد. به هر حال، ممکن است علائم هیپوگلیسمی ظاهر شود، در حالی که حتی مقدار گلوکز خون طبیعی بوده و یا کمی کاهش یافته باشد.

بروز حملات هیپوگلیسمی شدید و یا تکرار شونده، امکان دارد منجر به آسیب دائمی مغز گردد. بنابراین، درمان در مرحلهٔ هیپوگلیسمی فوری بوده و در صورت امکان باید از بروز حملات بعدی جلوگیری نمود.

علت

اگر چه امکان دارد هیپوگلیسمی خود به خود اتفاق بیفتد، ولی در مقایسه نادر است و در این مبحث در نظر گرفته نمی‌شود، مگر اینکه بیمار از حملات زودگذر بیهوشی رنج بَرَد و علت آن ناشناخته و مبهم باشد که گرفتن خون برای اندازه‌گیری گلوکز آن در خلال چنین حملاتی کاری با ارزش است.

از نظر تجربهٔ بالینی مشکل هیپوگلیسمی اصولاً به بیماران دیابتی تحت درمان با انسولین محدود می‌شود و معمولاً در اثر یکی از علل زیر اتفاق می‌افتد:

۱ـ تجویز شخصی مقدار غلط انسولین که معمولاً تصادفی است، گاه‌گاهی نیز عمداً صورت می‌گیرد.

۲ـ تأخیر در خوردن غذا یا نخوردن یک وعده غذا.

۳ـ فعالیت شدید بدنی.

تظاهرات هیپوگلیسمی

علائم اولیه شامل عرق کردن، سردرد، تحریک‌پذیری و عدم قدرت تمرکز است. چنانچه هیپوگلیسمی تصحیح نگردد، این علائم متعاقباً بروز می‌کنند؛ رفتار تهاجمی یا غیره... از دست دادن هوشیاری و نهایتاً تشنجات.

علائم بدنی دو منشأ دارند:

۱ـ علائم ناشی از اختلال عملکرد مغزی، مثلاً حرف زدن بی‌ربط و عدم هماهنگی که متعاقب آن هوشیاری از بین می‌رود و اغلب همراه با وجود علامت بابنسکی مثبت دوطرفه است. گاهی ممکن است علائم موضعی نورولوژیک دیگر نیز وجود داشته باشند.

۲ـ علائم ناشی از آزادشدن و بیرون ریختن کاته کولامین‌ها از مدولای آدرنال، که در اثر مقدار کمی گلوکز خون است، مثلاً پوست مرطوب و گرم، مردمک‌های گشاد شده و نبض کاملاً پُر و سریع.

تشخیص

معمولاً تشخیص حملهٔ هیپوگلیسمی در یک بیمار دیابتی آسان بوده، چنانکه در جدول‌های کتاب‌های مفصل‌تر مشهود است. با مقایسهٔ تظاهرات هیپوگلیسمی و کتوزیس شدید دیابتی می‌توان این طور نتیجه گرفت که اغلب این دو حالت ممکن است با هم اشتباه بشوند و مشکل را دو چندان کنند.

چنانچه شاهدی وجود داشته باشد که بتواند اطلاعات مشروحی از وضع سلامت و احوال بیمار قبل از بیهوش شدن بدهد، معمولاً تشخیص روشن است. همچنین معاینهٔ فیزیکی بی‌نهایت مفید است. زیرا فرق واضحی وجود دارد بین شخصی با ظاهر بیمارگونه، دهیدراته و هیپوتانسیو که از تنفس وی شدیداً بوی کتون می‌آید و بیماری که هیپوگلیسمی داشته، دارای علائمی که قبلاً ذکر شد، باشد. مشکلاتی که ممکن است با آن مواجه گشت، بیماران دیابتی که تحت درمان با داروهای بلوک‌کنندهٔ رسپتورهای بتا آدرنژیک هستند (مخصوصاً اگر غیرانتخابی باشند) مشکلاتی ایجاد می‌کنند. چون این داروها، هم روی مکانیسم‌های جبرانی ناشی از هیپوگلیسمی و هم روی علائم کاته کولامینی هیپوگلیسمی اثر می‌کنند.

با استفاده از دکستروز که سریعاً ولی به طور تقریبی مقدار گلوکز خون را معین می‌کند یا با استفاده از روش‌های معمولی اندازه گیری گلوکز خون، به راحتی می‌توان تشخیص را تأیید نمود. اگر پس از درمان حال بیمار بهتر نشد، در مورد تشخیص اصلی شک به وجود می‌آید. در چنین حالتی، اگر گلوکز خون پایین بود، آشکارا درمان مؤثر نبوده است، ولی اگر مقدار اولیهٔ گلوکز طبیعی بود، باید تشخیص دیگری را در نظر داشت.

رسیدگی به وضع بیمار

گلوکز درمان انتخابی است و معمولاً اگر بیمار بیهوش باشد یا قادر به خوردن نباشد، باید گلوکز را داخل وریدی داد. معمولاً ۵۰ میلی‌لیتر از یک محلول گلوکز ۵۰ درصد لازم است. این محلول ویسکوزیتهٔ زیادی دارد و از نظر اینکه در اتلاف دقایق صرفه‌جویی شود، بهتر است که محلول را توسط یک سُرنگ با سوزن سوراخ درشت کشید.

محلولی با چنین غلظت و مقدار زیاد، بی‌نهایت آزار دهنده است و باید داخل یک ورید محیطی بزرگ به آهستگی تزریق شود و مواظب بود تا به هیچ وجه محلول به داخل بافت‌های اطراف وریدی نرود. معمولاً پس از تزریق، حال بیمار سریعاً بهبود می‌یابد. اگر این طور نشد و به وسیلهٔ ارزیابی دکستروز، اندازه گیری مقدار گلوکز خون تأیید شد، باید تا آنجا که ضروری است تزریق تکرار شود و یا تزریق داخل وریدی دائمی دکستروز ۵ درصد شروع گردد.

اگر بیمار در مراحل اولیهٔ هیپوگلیسمی باشد، امکان دارد که رفتار تهاجمی یا عدم همکاری داشته باشد به نحوی که گلوکز را نخورد و یا اجازه ندهد که به وی از راه ورید تزریق گردد. در این صورت، (گلوکاگن Glucagon) بسیار مفید است. زیرا می‌توان بیمار را برای مدتی نگه داشت تا از طریق عضله به وی یک میلی‌گرم تزریق گردد.

گاهی، پس از تأمین گلوکز خون به حد کافی (توسط گلوکز داخل وریدی و یا گلوکاگن)، بیمار هنوز بیهوش به‌سر می‌برد. تصور می‌شود که این مسئله، متعاقب اِدِم مغزی باشد و چنین بیماری معمولاً نسبت به انفوزیون ۲۰۰ میلی‌لیتر مانتیول ۲۰ درصد به مدت ۲۰ دقیقه، همراه با ۱۰۰ میلی‌گرم هیدروکورتیزون داخل وریدی و اکسیژن با غلظت زیاد، جواب می‌دهد.

زمانی که بیمار بهبود یافت، باید از راه دهان مقدار کافی کربوهیدرات به وی داد تا از بروز هیپوگلیسمی ثانویه جلوگیری به عمل آید. زیرا گلوکز سریعاً سوخت و ساز می‌شود. علی‌رغم معلوم بودن علت هیپوگلیسمی و جلوگیری کردن از تکرار آن (زمانی که درمان در قسمت اورژانس صورت می‌گیرد)، کار عاقلانه این است که بیمار در بیمارستان بستری گردد، به خصوص اگر چنین حملاتی اغلب رخ دهند، باید کوشش نمود تا دیابت وی را تحت کنترل مؤثرتری درآورد.

هیپوگلیسمی در اثر داروهای (سولفونیل اوره Sulphonylurea)

نکتهٔ مهم قابل توجه این است که هیپوگلیسمی می‌تواند در اثر سولفونیل اوره‌ها ایجاد گردد و داروی مسبب غالباً کلرپروپامید است.

اغلب تشخیص آسان نیست، زیرا در بیمار مسن، سرعت بروز حمله خیلی آهسته‌تر می‌باشد و به آسانی تشخیص اشتباه ضایعهٔ مغزی ـ عروقی داده می‌شود، به این دلیل که شیوع علائم نورولوژیک موضعی خیلی بیشتر است و معمولاً هم برگشت پذیر می‌باشند.

اساس درمان به همان نحوی است که در بالا خلاصه شد، ولی اغلب هیپوگلیسمی مدتش بیشتر است و به مقادیر زیاد گلوکز داخل وریدی و تزریقات مکرر گلوکاگن احتیاج می‌شود.

از نظر این عوارض باید به بیماران حداقل مقدار ممکن کلرپروپامید را داد به نحوی که با کنترل دیابت آنها سازگاری داشته باشد.

خلاصهٔ مطالب مهم

۱ـ به تمام بیماران دیابتی که تحت درمان با انسولین باشند یا رفتاری غیرمعقول دارند و یا بیهوش هستند و همچنین بیماران دیابتی مسن که داروهای هیپوگلیسمیک خوراکی می‌خورند و ضایعات واضح مغزی ـ عروقی دارند باید ظنین بود.

۲ـ باید قبل از درمان، اندازه‌گیری با دکستروز یا نمونه‌گیری خون برای اندازه‌گیری گلوکز را انجام داد.

۳ـ گلوکز داخل وریدی درمان انتخابی است و در صورتی که بیمار همکاری نداشته باشد و یا هیپوگلیسمی ادامه یابد، گلوکاگن بی‌نهایت مفید است.

۴ـ در مورد حملات مکرر هیپوگلیسمی که خطر ایجاد آسیب دائمی مغز را در بر دارند، ضرورت ایجاب می‌کند که بیماران در بیمارستان بستری شوند تا از نظر دیابت تحت کنترل دقیق‌تری درآیند.

منابع فارسی

انسان همساز زندگی
مجلات پزشک خانواده
بیماریهای گوارش
بیماریهای تغذیه
بیماریهای قلب و عروق
سوختگی و درمان آن
جسم و جان
فوریتهای پزشکی
نجات از سرطان

Referance

1- Artz - moncrief the treatment of burns 1969.

2- R. Merle D'Aubigne'.

Traumatologie. Colection Medico - chirugical A revision annuelle. 23 - 46.

3- Little, Brown and company. Manual of Medical therapeutie 2. the edition 1973 Boston, p. 410.

4- M. Goulon, F. Nouailhat. ph. Gajdos et F.

Diamant Berger. "Evolution des opinions sur La definition et phisio - pathologie de l'etat de choc"

La rovue du praticin 1969 tome XIX P. 3107 - 3112.

5- Rhoads - Allen - Harkins - Moyer - Sergery.

Principles and practice 4th edition 1970.

6- Burkle de lacmp, H.U. Schwaiger. M. Handbuch. d. gesamten unfall heilkunde. I. Bond 1963 Stuttgard BRD.

7- J. J. Pocidalo. Les Consequences viscrales duchoc.

La revue du praticion 1969. XIX hme 3137.

8- Kopp, F. H. Erste Hilfeam unfallort und in der klinik ber thermischen Verbrennungen chiropraxis - 9, 1965 1-12. E.U.H. Marseille verlog Munchen.

9- Philippe Amstutz. Les anomolies de l'hemostase dans les etats de choc.

La rovue du praticien 1969 tome XIX 3219.

10- M.desot et J. J. Bernier. Diabet et maladie de la nutrition. Collection Medico - chisurgical. arevision annuelle.

11- Artz, C. P. and Moncrief, J. A. Complication of burns.

Curling's ulcer. The treatment of burns by $\frac{\text{Artz}}{\text{Moncrief}}$

Second edition, W.B. Saunders company.

Philadelphia - London - Toronto 1969 - 336 - 330.

12- Bent Sorenson M.D., and Kund V. Hall, M.

D. Mortality and causes of death in burned patients treated by the exposure method.

Plastic and reconstructive surgery. Vol. 51. No 1. January 1973 : 59.

13- Curling. T.B. : on acute ulceration of the duodenum in cases of burns. Med. Chir. Trans.

DE YOUR OWN DOCTOR

TRANSLATED AND DEITED
BY: PROF. M.H.HADJEBI





پروفسور محمد حسین حاجبی، دارای مدارک علمی و درجهٔ دکترا در پزشکی و متخصص بیماریهای کبد، معده و روده از دانشگاه و بیمارستان سنت آنتوان پاریس بود.

آن شادروان دارای درجه تخصصی در بافت شناسی و فوق تخصص در سرطان شناسی و نیز پروفسور انستیتو کانرولژی و دیمه نوژنتیک دانشگاه پاریس بود، که علاوه بر تدریس در دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه تهران، در دانشکدهٔ علوم تغذیه و دانشکدهٔ مدیریت بیمارستانی تدریس می کردند.

پروفسور حاجبی دارای مدرک تحقیقی در مورد ویروسی بودن سرطان در فرانسه و نیز تحقیقات در درمانهای سنتی مناطق مختلف ایران وپژوهشهایی که در مورد مواد غذایی و تعیین کالری و مواد معدنی و ویتامینی میوه جات و اغذیه سنتی ایران انجام گردیده، به عنوان استاد راهنما گروه تحقیقی را آموزش می دادند.

پروفسور حاجبی عضو مؤسس انجمن دیابتیک ایران بودند و نیز ریاست علمی آکادمی علوم پزشکی ایران را داشتند. از پروفسور حاجبی تاکنون بیش از سی جلد کتاب دانشگاهی و علمی انتشار یافته است. وی مدیر مسئول و ناشرماهنامهٔ مجله پزشک خانواده بود، که بیش از ۲۷۰ شماره از آن تاکنون منتشر شد.

پروفسور حاجبی موفق به دریافت نشانهای علمی و دانشگاهی از مراکز بزرگ علمی شده بودند.


ISBN 964-6404-77-4
9789646404779

۱۲۰۰۰ تومان